Rok XLVIII. Kraków, dnia 11. grudnia 1909. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O stosowaniu TBK w gruźlicy płuc.

Podał

Dr H. Fidler,

starszy ordynator szpitala starozakonnych w Radomiu.

Stosowałem TBK w przeciągu 6—8 miesięcy w 18 przypadkach gruźlicy płuc bez względu na okres cierpienia. Moi chorzy leczyli się ambulatoryjnie, nie robiąc przerwy w swych zajęciach. Liczbę leczonych przypadków ograniczyłem, jakkolwiek mogłem posiadać większy materyał, ze względów następujących:

1) Wybierałem przynajmniej półinteligentnych chorych, którzy potrafili prowadzić samoobserwacyę i stale mierzyć swą ciepłotę.

2) Chciałem uzyskać możność dokładnej i ścisłej obserwacyi klinicznej, co byłoby bardzo utrudnione wobec nawału zajęć i większej liczby chorych, ambulatoryjnie tuberkulinizowanych.

3) Miałem na celu wyrobienie sobie dokładnego pojęcia o sposobie tuberkulinizacyi i dawkowaniu TBK w różnych postaciach gruźlicy płuc, gdyż ani pierwsze, ani drugie nie zostały do tej pory ściśle ustalone.

Kreśląc wyniki lecznicze, nie będę się powoływać na statystykę, gdyż nabrałem przekonania — w okresie surowiczego leczenia błonicy, — iż w ocenie nowych środków i metod leczniczych należy raczej posiłkować się klinicznem spostrzeganiem, aniżeli statystyką. Typowe zmiany, zachodzące po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, które przewidzieć można niemal z matematyczną ścisłością, przyczyniły się więcej do rozpowszechnienia powyższej metody, aniżeli liczby statystyczne, podawane wreszcie w wątpliwość przez Gottsteina.

Bynajmniej nie wątpię, iż wnioski z mych spostrzeżeń wymagają sprawdzenia na większym materyale klinicznym. Jeżeli zaś ośmielam się ogłosić je publicznie, to jedynie dlatego, iż radbym wraz z Dłuskim zwrócić baczniejszą uwagę naszych lekarzy na sprawę swoistego leczenia gruźlicy przy pomocy tuberkuliny wogóle, a TBK w szczególności, na sprawę u nas zaniedbywaną i zbagatelizowaną wbrew opinii, panującej na zachodzie. Dla ścisłości dodać muszę, iż w stosowaniu TBK trzymałem się w zasadzie poglądów Sahliego, uzupełnionych (w osobistej rozmowie) wskazówkami kol. Dłuskiego i kol. Bauera z Neuchâtel, łącznie z wiadomościami, zaczerpniętemi z pracy Bandeliera i Roepkego.

W trakcie tuberkulinizacyi oprócz narkotyków i niekiedy naturalnego soku żołądkowego, nie podawałem żadnych innych leków.

Zanim przejdę do wypowiedzenia sądu o wartości TBK, przedstawię jej wpływy na:

I. Stan ogólny.

II. Sprawę miejscową (w płucach, gruczołach chłonnych).

III. Przebieg ciepłoty u gorączkujących.

IV. Powstawanie odczynu miejscowego i ogólnego, oraz cierpień ubocznych.

V. Przebieg przypadkowych cierpień, powstałych w toku leczenia.

Ad I. W znacznej większości przypadków, szczególniej 1. i 2. okresu, stan ogólny się poprawiał. Łaknienie powracało, waga wzrastała, ukrwienie skóry i błon śluzowych zbliżało się do stanu prawidłowego, stan podmiotowy znacznie się poprawiał, wracała energia życiowa i zwiększała się wydolność do pracy. W niektórych przypadkach waga wzrosła znacznie — do 8 klgr., bez względu na to, iż ani w trybie życia chorego, ani w jego odżywieniu żadna zmiana nie zaszła; w pewnej liczbie przypadków — waga pozostawała bez zmiany, w innych zaś — bardzo nielicznych — spadała, w jednym szczególnie znacznie, gdyż zmniejszyła się o 5·6 klgr.

Ciekawy był przypadek, dotyczący 12-letniej dziewczynki z wyraźnym »habitus phtisicus«, nieznacznemi zmianami w jednym szczycie, bledniczej, zołzowatej, apatycznej i źle jedzącej (Schlechter Esser-Brehmera), bezskutecznie do tej pory leczonej przetworami żelaza, arsenu, pobytem na świeżem powietrzu i t. p. Już po 8 wstrzykiwaniach łaknienie natomiast wzrosło, waga w przeciągu miesiąca podniosła się o 2 klgr. Dziecko nabrało energii właściwej swemu wiekowi, co nadzwyczajnie uderzyło otoczenie. W istocie wynik był nadspodziewany. Chora dostawała wewnętrznie sok żołądkowy.

Ad II. A. W przypadkach 1. i 2. okresu sprawa w płucach ulegała znakomitej poprawie, co objawiało się w postaci:

α) skłonności do zabliźniania lub zupełnego zabliźnienia;

β) znikania rzężeń trzeszczących w ogniskach;

γ) zmiany szmeru oddechowego z szorstkiego na zaostrzony lub z prawidłowym wdechem, a wydłużonym wydechem;

δ) zmiany odgłosu opukowego, zmniejszenia się rozległości stłumienia, wyjaśnienia się stłumienia i wydłużenia

odgłosu opukowego, który nabierał charakteru, zbliżonego do prawidłowego odgłosu płucnego. W niektórych przypadkach prawie niepodobna było ustalić różnicy przy opukiwaniu obydwu szczytów, jeśli różnica taka istniała przed tuberkulinizacyą. Jedynie moja wiadomość o schorzeniu szczytu pozwalała na wyczucie nieznacznej różnicy w odgłosie opukowym podejrzanego miejsca.

ε) W jednym przypadku gruźlicy gruczołów szyjnych obok zmian w szczytach, poprzednio leczonych wielokrotnie w stacyach klimatycznych, gruczoły uległy znacznemu zmniejszeniu. Guzy, wielkości dużego bobu lub dużego orzecha laskowego, powstałe ze zlania się pojedynczych obrzmiałych gruczołów ze sobą, rozczłonkowały się tak, iż można było dokładnie wymacać poszczególne gruczoły, które zmalały do wielkości ziarnka prosa lub grochu.

W przypadkach 3. okresu wynik był rozmaity. W pewnej liczbie udało się powstrzymać szerzenie się sprawy gruźliczej, co objawiało się w pierwszym rzędzie przez znaczną poprawę stanu ogólnego, w płucach zaś stan pozostawał bez zmiany. Odnosiłem jednak to wrażenie, iż w każdej chwili może nastąpić pogorszenie stanu zarówno miejscowego, jakoteż ogólnego. Nazywam wynik powyższy u n i e r u c h o m i e n i e m sprawy gruźliczej, zależnem od wywołanej przez TBK równowagi pomiędzy zakażeniem, a uodpornianiem. Czynniki te stoją naprzeciw siebie, gdyby dwaj wrogowie, gotowi każdej chwili rozpocząć walkę, a szalę zwycięztwa przechyla niestety na swą stronę przemożny wróg — zakażenie.

W pewnym szeregu przypadków z rozległemi zmianami w płucach nie osiągnąłem żadnej poprawy miejscowej; przeciwnie sprawa szerzyła się i wywoływała współrzędne objawy ogólne, jakoto: zmniejszenie łaknienia, stratę na wadze, uporczywą gorączkę i ogólną niemoc.

Lecz i tutaj odniosłem wrażenie, iż niszczący pochód odbywa się wolniej, aniżeliby można się spodziewać.

Jeden z chorych powyższej kategoryi przebywał w Rudce w przeciągu 3 miesięcy, gdzie go tuberkulinizowano przy pomocy BE. W istocie powrócił stamtąd ze znaczną poprawą stanu ogólnego, przybytkiem na wadze i bez gorączki. Sprawa miejscowa nie uległa zmianie na lepsze. To też, gdy wrócił do swych zajęć (farbiarz), począł ponownie gorączkować i tracić na wadze. Przed wyjazdem do Rudki sprawa w płucach szła w szybkiem tempie, podczas pobytu tamże wstrzymała się w swym rozwoju, zaś podczas tuberkulinizacyi pogorszenie szło wolniej, aniżeli przed wyjazdem do uzdrowiska.

C. Zdarzały się niekiedy w czasie tuberkulinizacyi chwilowe pogorszenia miejscowej sprawy w postaci przekrwienia i nacieczenia w zajętych ogniskach; występowało czasami suche zapalenie opłucnej w miejscach, odległych od ognisk gruźliczych. Pierwsze objawiały się przez odpowiednie objawy osłuchowe, nasilenie kaszlu, niekiedy krótkotrwałe krwioplucie, zwiększenie ilości plwociny i utrudnienie w jej wydalaniu. Zapalenie opłucnej przetrwało dłuższy czas, poczem znikało, nie pozostawiając po sobie śladu.

Ad III. Najciekawszą sprawą w stosowaniu TBK jest jej wpływ na przebieg ciepłoty u gorączkujących. Gdybyśmy podawali środek przeciwgorączkowy, wolny od działania ubocznego, tedy moglibyśmy wpłynąć korzystnie przynajmniej na niektóre objawy przedmiotowe i podmiotowe, zależne od podniesienia ciepłoty.

Otóż w przypadkach, w których ciepłota uporczywie się trzymała pomiędzy 38° a 39°, udało mi się ją obniżyć, gdy, zgodnie ze wskazówkami B a n d e l i e r a i R o e p k e g o robiłem skoki w dawkowaniu TBK. B a n d e l i e r i R o e p k e tuberkulinizują przy pomocy JO. W celu obniżania ciepłoty wstrzykiwali oni po pewnym czasie naraz dużą dawkę w porównaniu z poprzednią, aby wywołać gwałtowny odczyn gorączkowy, poczem ciepłota »spadała również gwałtownie i w dalszym ciągu tuberkulinizacyi szła gładko«. Idąc za ich radą w 2 podobnych przypadkach wstrzyknąłem 4-krotnie większą dawkę 4-krotnie silniejszego rozczynu (z A/128 na A/32) w porównaniu z poprzednią w tem przekonaniu, iż otrzymam skutek podobny do tego, jaki opisują B a n d e l i e r i R o e p k e. Tymczasem ku wielkiemu mojemu zdziwieniu w kilka godzin po wstrzyknięciu ciepłota, zamiast się podnieść, spadła bez żadnych objawów ubocznych, a następnie poczęła zdążać do poziomu prawidłowego, na którym utrzymywała się dłuższy czas. Zachęcony powodzeniem, ponawiałem podobne skoki, ilekroć ciepłota się podnosiła, i przekonałem się, iż, postępując w ten sposób, można uregulować ciepłotę, utrzymać ją na poziomie prawidłowym b e z ż a d n e j s z k o d y d l a u s t r o j u. Po spadku ciepłoty znowu ostrożnie zwiększałem poszczególne dawki ostatniego rozczynu. To ciekawe doświadczenie, dla którego w tej chwili nie znajduję dostatecznego objaśnienia, wskazuje, iż można bezkarnie używać w celach przeciwgorączkowych dużych dawek TBK, względnie do poprzednio stosowanych w danym przypadku. U jednego chorego osiągnąłem unieruchomienie sprawy w płucach i jednocześnie znakomitą poprawę stanu ogólnego, u drugiego zaś nawet znaczną poprawę stanu płuc. Jednakże podobnego wyniku przeciwgorączkowego nie otrzymałem u chorych z podgorączkowym stanem. Przeciwnie u jednego z nich w pogoni za efektem otrzymałem pogorszenie stanu ogólnego, nie osiągnąwszy zamierzonego celu.

Ad IV. Nie spostrzegałem w żadnym przypadku ani miejscowego odczynu w postaci zaczerwienienia lub nacieczenia w miejscu nakłucia, ani ogólnego w postaci podniesienia ciepłoty, rozłamania, bolów głowy, mostka, (jakoby zależnych od obrzmienia gruczołów oskrzelowych), ogólnego niedomagania lub osłabienia. Spostrzegałem natomiast w 2 przypadkach występowanie cierpień skóry w miejscach, oddalonych od miejsca nakłucia.

Pierwszy przypadek dotyczył dwudziestokilkoletniej panny z bardzo nieznacznemi zmianami w szczytach, lecz natomiast z objawami swoistego zatrucia w postaci wrzekomej błednicy. Po kilku zaledwie wstrzykiwaniach po 0,1 A/128 wystąpił na twarzy wyprysk suchy. Dermatolog, do którego skierowałem chorą, orzekł, iż sprawa ta zależy od skazy moczanowej. Po pewnym czasie przy stosowaniu odpowiednich środków wysypka znikła. Wstrzykiwań zaniechałem.

Nie mogę stanowczo twierdzić, czy w omawianym przypadku istniał jaki związek pomiędzy TBK, a wypryskiem.

W drugim zaś przypadku, bardzo zresztą ciekawym, związek powyższy istniał.

Chory 20-letni cierpi od dłuższego czasu na gruźlicę płuc. Przy badaniu stwierdziłem III. okres i obok tego guz pod prawą pachą, dość twardy, niebolesny, ruchomy, w obydwu wymiarach

mający po 17 ctm, zaś pod prawym obojczykiem takiż guz wielkości kurzego jaja. Guzy te zostały w następstwie rozpoznane przez chirurga jako mięsaki limfatyczne (lymphosarcoma), nie nadające się do operacyi.

Otóż u powyższego chorego od chwili pierwszego wstrzyknięcia wystąpił na wargach wyprysk, bardzo uporczywy, bolesny, ropiejący, stale pokrywający się strupem, pod którym kryła się silnie krwawiąca ziarnina. Pomimo używania różnych środków miejscowych sprawa się nie poprawiała. Gdy jednak wskutek uporczywej gorączki uczyniłem skok w dawkowaniu TBK, cierpienie warg poczęło okazywać skłonność do zabliźnienia. To dziwne zachowanie się wyprysku oraz jego powstanie z chwilą rozpoczęcia tuberkulinizacyi, każe przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z cierpieniem, zależnem bezpośrednio od stosowania TBK, czyli z ubocznem jego działaniem. Chorego skierowałem do dermatologa dla ścisłego rozpoznania.

Nigdzie do tej pory nie spotykałem wiadomości o podobnem działaniu TBK. Zwracam jednak na to szczególną uwagę, gdyż cierpienie powyższe w znacznej mierze przyczyniało się do upośledzenia odżywiania wskutek bólu przy spożywaniu pokarmów.

Do rzędu wpływów ubocznych przy TBK zaliczam występowanie krótkotrwałych krwiopluć (w 2 przypadkach) miernego natężenia.

Ad V. W trakcie tuberkulinizacyi, 3 chorzy zapadli na panujące nagminnie w Radomiu wiosną b. r. nieżytowe zapalenie płuc. Przebieg był lekki (taki bowiem charakter miała i ówczesna epidemia) i nie spostrzegałem żadnego niepomyślnego wpływu na zasadnicze cierpienie. Czyby w istocie TBK miało chronić chore płuca od pogorszenia sprawy gruźliczej, powiedzieć nie umiem. Wymaga to liczniejszych spostrzeżeń.

Obok pomyślnych wyników miałem i niepomyślne. Ponieważ nie dobierałem przypadków, przeto stosowałem TBK, szczególniej w początkach, nawet u ciężko chorych, nie rokujących nadziei poprawy. Dwaj z nich, ze znacznemi zmianami rozpadowemi, nieustającą gorączką wyniszczającą, zmarli po kilkudziesięciu wstrzykiwaniach; o trzecim w okresie III nie mam wiadomości. Z pośród pozostałych 15 chorych, ściśle przezemnie spostrzeganych, mogłem całkiem stanowczo u 3 stwierdzić pogorszenie. W 1 przypadku II okresu pogorszenie polegało na znacznym ubytku wagi, miernym apetycie, wzrastającej niedokrwistości, nieustającym kaszlu i osłabieniu, pomimo iż w płucach stan zdawał się ulegać poprawie.

Z dwóch pozostałych przypadków, należących do III okresu, ze znacznemi zmianami w płucach o charakterze rozpadowym, w jednym pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jak i ogólnego, składam na karb niehigienicznego trybu życia, nadużyciu alkoholu i tytoniu, przesiadywania całymi wieczorami do późnej nocy w zadymionych lokalach publicznych; w drugim zaś nieodpowiedniemu zajęciu i moralnym przejściom. Mam to przekonanie, iż i w tych przypadkach możnaby również osiągnąć poprawę, gdyby się dało usunąć zewnętrzne wpływy szkodliwe, jak to się stało w innych podobnych przypadkach.

Przechodzę teraz do przedstawienia ogólnych wniosków ze swych nielicznych spostrzeżeń. Nie kryję się bynajmniej z tem, iż wnioski moje, jako oparte na małym materyale, nie mogą w zupełności dawać miary. Sądzę jednak, że mam prawo nakreślić pewną wytyczną dla stosowania TBK, w celu umożliwienia szerszemu ogółowi lekarskiemu wprowadzenia powyższego środka w praktykę i sprawdzenia moich wniosków na wielkim materyale klinicznym. Wtedy dopiero statystyka zabierze głos rozstrzygający.

1) TBK jest środkiem nieszkodliwym i nie wywołuje ani miejscowego, ani ogólnego odczynu.

2) TBK wpływa korzystnie na sprawę gruźliczą zarówno w płucach, jak i w gruczołach chłonnych.

3) U pewnej kategoryi gorączkujących suchotników, u których ciepłota wznosi się ponad 38°, TBK działa przeciwgorączkowo. Dla otrzymania pożądanego wyniku należy stosować TBK w postaci gwałtownych skoków, wstrzykując naraz wielokrotnie większą dawkę z wielokrotnie silniejszego rozczynu w porównaniu z poprzednim i powtarzać to postępowanie, ilekroć ciepłota okaże skłonność do wznoszenia się.

W przypadkach, przebiegających leniwie, z ciepłotą podgorączkową, TBK nie wywiera pomyślnego wpływu na unormowanie ciepłoty. Nie należy przeto w takich przypadkach czynić skoków w dawkowaniu, gdyż to wywierać może szkodliwy wpływ na ogólny stan chorego.

4) Należy empirycznie wyszukać u takiego chorego jego »optimum«, t. j. największą dawkę, którą znosi dobrze. Gdyby nawet granica jego wytrzymałości leżała nizko, t. j. gdyby znosił jedynie słabe rozczyny i maleńkie dawki, nie należy się spieszyć ani z powiększaniem dawek, ani z użyciem silniejszych rozczynów do chwili, aż ponowne doświadczenie wskaże, że można dotychczasową granicę tolerancyi przekroczyć bezkarnie.

5) TBK wywiera wpływ na zmniejszenie się kaszlu, lecz jedynie po dłuższem użyciu. Jednakże bez narkotyków niepodobna się obejść, szczególniej w pierwszych tygodniach, skoro kaszel męczy chorego.

6) W pewnej liczbie przypadków można stwierdzić jedynie poprawę stanu ogólnego, zaś sprawa miejscowa zostaje unieruchomiona, w innych zaś następuje pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jakoteż ogólnego. Obydwie kategorye powyższe należą do bardziej posuniętych okresów, na granicy pomiędzy II a III, lub w III okresie. Najlepiej nadaje się do tuberkulinizacyi: utajona gruźlica, t. zw. wrzekoma blednica; gruźlica płuc i gruźlice gruczołowe (zołzy); następnie — znaczna część przypadków z II okresu. W pozostałych, pomimo braku korzystnego wpływu na sprawę w płucach, można jednak usunąć szereg ogólnych objawów i przywrócić choremu pewną zdolność do pracy lub też zwolnić bieg niszczącego pochodu cierpienia.

Na potwierdzenie swych wyników nie mogę podać badań bakteryoskopowych, gdyż wskutek trudności technicznych badania plwociny były dokonywane bardzo rzadko. Również nie stwierdzałem dotychczas obecności czynnych ognisk przy pomocy odczynu ocznego w przypadkach, zaliczonych przezemnie do wyleczonych, dlatego, iż mam zamiar uczynić to dopiero po upływie co najmniej roku od chwili rozpoczęcia tuberkulinizacyi.

7) Przypadkowe cierpienia, jak ostre nieżyty jelit lub nieżytowe zapalenie płuc, nie wpływają na zasadniczą sprawę w płucach; opóźniają jedynie stosowanie TBK.

8) Uboczne działanie występuje rzadko w postaci krótkotrwałego obostrzenia sprawy w ogniskach lub też cierpień skóry (?) i błon śluzowych.

9) Dla stosowania TBK niema przeciwwskazań wobec braku przedmiotowego sprawdzianu przyszłej skuteczności lub bezskuteczności tuberkulinizacyi. Gruźlica płuc jest cierpieniem kalejdoskopowem, nieobliczalnem. W żadnym przypadku niepodobna przewidzieć przebiegu cierpienia. Nawet bardzo ciężkie postacie ulegają wyleczeniu w zwykłych warunkach życiowych bez swoistego traktowania, a często i bez jakiegokolwiek leczenia.

Samowyleczenie nie jest rzadkością, a my nie wiemy, jakiemi drogami dochodzono do skutku. Wobec powyższego, niema żadnej zasady do wstrzymywania się od tuberkulinizacyi. Z chwilą, gdy zdobędziemy niewątpliwy przedmiotowy miernik odporności ustroju, gdy dostatecznie zbadamy przyczyny jej braku, gdy wreszcie przy pomocy innych czynników uodporniających — ponad tuberkulinę — zmusimy ustrój do gromadnego wytwarzania materyału obronnego, wtedy postępowanie nasze nie będzie tak bezładne, jak obecnie.

Wtedy może z matematyczną ścisłością zdołamy przepowiedzieć skuteczność tuberkulinizacyi w sensie dodatnim lub ujemnym, nabierzemy prawa do usuwania przypadków, nie nadających się do swoistego leczenia, nauczymy się dokładnie dawkować i indywidualizować środek leczniczy — tuberkulinę — oraz badać przyczyny niepowodzenia w leczeniu przypadków, zaliczonych przedmiotowo do kategoryi uleczalnych.

10) Tuberkulinizacya nie może z naszego arsenału leczniczego zupełnie wyrugować klimatyczno-dyetetycznego leczenia w uzdrowiskach, poważnie jednak wpłynąć powinna na zmianę poglądów w sprawie kwalifikowania chorych do nich, uprościć leczenie sanatoryjne i uprzystępnić je szerokiemu ogółowi.

Zgodnie z powyższem plan leczenia gruźlicy byłby następujący:

W pierwszym okresie gruźlicy płuc przy dobrym stanie ogólnym: pozostawić chorego w zwykłych warunkach życiowych, nie przerywać mu zajęć i nie odrywać go od rodziny, tuberkulinizować ambulatoryjnie 2 razy tygodniowo. Przy pogarszającym się zaś stanie ogólnym: postępującem wychudnieniu, osłabieniu, wzrastającej niedokrwistości, braku łaknienia i t. p. zajęcie chorego przerwać, położyć go do łóżka na pewien czas lub wysłać do uzdrowiska, letniska, na wieś albo w góry. Chorzy tej kategoryi, najchętniej przyjmowani do uzdrowisk i dający największą odsetkę wyzdrowień, powinni być w znakomitej większości wyłączeni z listy chorych sanatoryjnych. To samo dotyczy gruźlicy gruczołowej, utajonej, wrzekomej błednicy. W II okresie — chorzy z niezbyt rozległemi i posuniętemi zmianami w płucach, niegorączkujący, mogą być na równi z poprzednimi ambulatoryjnie tuberkulinizowani. W razie braku poprawy lub pogorszenia, albo wystąpienia gorączki należałoby zamożniejszych chorych leczyć sanatoryjnie w ich własnym domu, t. j. 1) przerwać zajęcia, 2) przeznaczyć osobny duży pokój, zwrócony na południe i zachować przepisy sanatoryjne co do sposobu oczyszczania i przewietrzania mieszkań, 3) trzymać w łóżku w razie wahań gorączkowych, 4) urządzić werandowanie lub w razie niemożności — pobyt na otwartem powietrzu (w ogrodzie) nawet w zimie, o ileby warunki miejscowe i atmosferyczne temu sprzyjały. (Jedna z moich chorych, właścicielka ziemska, obznajomiona już z sanatoryjnem leczeniem, werandowała w zimie u siebie na ganku przed dworem, drugi chory — właściciel domu — leżał na wiosnę w ogrodzie własnym w odpowiednim fotelu).

Mniej zamożnych należałoby umieszczać w szpitalach, które też powinny przysposobić się do leczenia sanatoryjnego przez posiadanie odpowiednich sal, zbudowanie werand i wyuczenie służby lekarskiej. Wreszcie chorymi tego rodzaju winny się zaopiekować Towarzystwa przeciwgruźlicze i wysyłać ich na lato na wieś lub w góry, albo też budować dla nich w odpowiednich miejscowościach tanie mieszkania letnie.

Wogóle doszedłem do przekonania, iż u chorych powyżej wymienionych i chorych następnej kategoryi konieczne jest czynienie przerw w tuberkulinizacyi na przeciąg 2—3 miesięcy i stworzenie im na ten okres czasu dobrych warunków higienicznych w postaci pobytu na otwartem powietrzu w tym celu, aby ustrój nabrał więcej energii do wytwarzania niweczników, resp. aby zdobył większą siłę odporną.

Chorych, stojących na granicy pomiędzy II a III okresem i niektórych z III okresu należałoby posyłać do uzdrowisk dla poprawy stanu ogólnego, usunięcia gorączki, wzniesienia sił odpornych i przeprowadzenia pierwszej seryi tuberkulinizacyi. W przypadkach podobnych tuberkulinizacya odbywać się powinna pod nieustającym i drobiazgowym nadzorem biegłego w tym dziale lekarza.

Dla chorych III okresu, nie rokujących żadnej nadziei poprawy, stanowiących ciężar i stałą groźbę zarażenia dla otoczenia, należałoby stworzyć przytułki.

Jeżeli przewidywania moje co do wartości tuberkulinizacyi się sprawdzą, tedy powyżej wskazana specyfikacya chorych gruźliczych z jednej strony oszczędzi społeczeństwu wielkich nakładów na budowę i utrzymanie drogich i zbytkownych uzdrowisk-pałaców, z których korzystać może jedynie nieznaczna część chorych, z drugiej zaś strony będziemy mogli umieszczać pewną część gruźliczych w szpitalach, odpowiednio rozszerzonych i do leczenia gruźliczych przygotowanych, a także na wsi, w letniskach, urządzonych na wzór tanich domków letnich, do włościańskich przystosowanych, które można będzie rozrzucić po całym kraju. Oprócz tego będziemy mieli prawo wycofać z obiegu sanatoryjnego znaczną liczbę chorych w I okresie.

Nie ulega wątpliwości, iż zarówno ekonomiczna, jak i lecznicza korzyść będzie znaczna, a demokratyzacya tak przeprowadzonego lecznictwa zakreślić może bardzo szerokie koła i pochwycić w sieć swoją te wielkie masy suchotników, które dzisiaj są pozbawione racyonalnej opieki.

Byłaby to jedna z najważniejszych zdobyczy tuberkulinizacyi.

11) Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich preparatach tuberkulinowych zawarty jest tylko jeden czynnik działający, dotychczas nie zbadany i nie wyosobniony. Przeto wszelka tuberkulina, stosowana według metody Getsch-Sahliego, może przynieść poważną korzyść. Sądzę jednak, że z pośród dotychczas znanych TBK zasługuje najbardziej na rozpowszechnienie ze względu na swą małą jadowitość i łatwe dawkowanie.

Na zakończenie niech mi wolno będzie wyrazić życzenie, aby nasza myśl lekarska zwróciła się w kierunku dalszego badania wpływu tuberkulinizacyi, sprawdzania dokładnych dla niej wskazań i sposobów oraz dawkowania tuberkuliny, aby można było oddać w ręce lekarzy praktycznych środek, w leczeniu gruźlicy istotnie pożyteczny.

Z kazuistyki schorzeń gruczołu tarczowego.

Podał

Dr Henryk Wilczyński (Zakopane).

Przypadek, niżej opisany, ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze jako bardzo rzadki, najdokładniej *e terapia* stwierdzony obraz kliniczny, na który dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę, a powtóre jako przyczynek do różniczkowego rozpoznania gruźlicy płuc. resp. gruczołów, a schorzenia gruczołu tarczowego. Rozpoznanie takie może być, jak w danym razie, punktem zwrotnym w postępowaniu leczniczem, i z tego względu zasługuje na uwagę.

Panna N. T., lat 21, mieszkanka Warszawy, od 3 lat zamieszkała we Lwowie. Nieco otyła (75 kg), średniego wzrostu, szatynka. Dziedzicznie nie obarczona. 2 siostry starsze zupełnie zdrowe. Przechodziła 2 razy odrę, w 9-ym roku życia krztusiec, w 16-ym zapalenie suche osierdzia (?) i w 17-ym gościec stawowy (?).

Przed dwoma laty w marcu 1907 r. zaczęła niedomagać. Wystąpiły: ciepłota do 37·5°, osłabienie, kłucia w klatce piersiowej, szybkie męczenie się przy ruchu, duszność, bicie serca. Blednica 75% Hmg. Utrata 3 kilogr. wagi.

Zwołana podówczas we Lwowie narada bardzo doświadczonych lekarzy określiła sprawę, jako początkującą gruźlicę prawego szczytu (w istocie drżenie nad prawym grzebieniem łopatki było i jest nieco wzmożone); w listopadzie wreszcie skierowano pacyentkę dla leczenia klimatycznego do Zakopanego. Chora przebyła tam całą zimę; waga wróciła do 75 kg, hemoglobina doszła do 96%, stan podmiotowy jednak nie zawsze był dobry, a kłucia w rozmaitych miejscach, najczęściej zaś w stawach i dole klatki piersiowej nieraz się ponawiały.

Ponieważ ze strony płuc zmiany wybitne nie wystąpiły, lekarz ordynujący skłaniał się raczej do rozpoznania gruźlicy gruczołów przywnękowych, tembardziej, iż ciepłota nad wieczorem sięgała do 37·5°.

13. IV. 1908 chora wyjechała na wieś pod Lwów, bez gorączki. W parę dni jednak wystąpiło znów pogorszenie, z ciepłotą do 38°, z bolami w klatce piersiowej, stawie barkowym i nadgarstkowym (bez obrzęku). Stan ten z małemi przerwami utrzymywał się do jesieni. Narada lekarska potwierdziła poprzednie rozpoznanie; polecono wyjazd do Zakopanego.

1. XII. 1908 chora zgłosiła się do mnie. Skarżyła się na ogólne osłabienie, męczenie się przy ruchu, bicie serca, kłucia w boku to jednym, to drugim, pocenie się, łamanie w stawach. Badanie wykazało co następuje: cera blada, Hmglb. 86%, ciałek czerwonych 6.400.000, białych 5.200. Tętno 110, słabo napięte, tętnice wązkie, tony serca (granice prawidłowe) nieco głuche, przy pierwszym tonie nad komorą lewą — słaby podmuch. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, rozszerzalność u góry 7 cm, u dołu 6 cm. Spirometr 2800 cm³. Nieco wzmożone drżenie nad grzebieniem prawej łopatki, opukowych i osłuchowych zmian w płucach niema. Gruczoły szyjne niemacalne. Jama ust, gruczoł tarczowy bez widocznych zmian. *Plethora abdominalis*, śledziona i wątroba niemacalne. Mocz bez zmian. Ciepłota 37·3—37·5° w godzinach wieczornych.

Leczenie: 3—4 godziny werandowania przy słonecznej pogodzie. W ciągu 2 następnych miesięcy chora czuła się nieźle, podniesienia ciepłoty znikły, natomiast bole klatki piersiowej i stawów (zawsze bez obrzęków) od czasu do czasu się odnawiały. Ruch sprowadzał uczucie bicia serca i duszności. Tętno wahało się około 90—100.

W początkach lutego 1909 chora zaczęła bardziej niedomagać. Osłabienie wzmogło się, tętno podskoczyło do 110—120 na minutę, podmuch przy 1-ym tonie serca znacznie się wzmógł, wystąpiły bole przymostkowe po stronie lewej, później i prawej, uczucie omdlewania przy podnoszeniu się z łóżka, a co najważniejsza, ciepłota podnosiła się z dnia na dzień o 0·05—0·1 C. Ze stawów bolał staw barkowy lewy. Kaszlu nie było. Migreny bez wymiotów. Badanie szczegółowe krwi, moczu i wywiady nie dały żadnych wskazówek. Wykonane wtedy próby Moro i Pirqueta (i, jak się dowiedziałem, wykonana latem we Lwowie próba Calmettea) ujemne.

Stałem więc wobec zawikłanego zagadnienia, gdyż w istocie wyraźnych danych, przemawiających za gruźlicą, nie miałem, a inne sprawy jeszcze mniej były pewne. Ponieważ ciepłota doszła już była do 38° C., a stan podmiotowy coraz bardziej się pogarszał, rozpocząłem leczenie próbne i objawowe.

W przypuszczeniu utajonej dny (bole przymostkowe — Biernacki) podawałem wody mineralne zasadowe, z wycofaniem potraw mięsnych. Potem podawałem przetwory salicylowe jako środki przeciwgośćcowe (bóle przymostkowe i barkowe); podawałem sole jodowe w przypuszczeniu zmian toksycznych po zapaleniu gardła (jakkolwiek wyraźnego zapalenia gardła nie było). Stosowałem chininę. Wreszcie mniemając, iż nasilenie szmeru skurczowego w sercu od czasu wystąpienia gorączki może być wyrazem zapalenia wsierdzia, począłem wstrzykiwać podskórnie kollargol.

Wszystkie te leki nie wywarły żadnego skutku dodatniego, a po salicylanach stan podmiotowy nawet się pogorszył. Po 2 tygodniach bezowocnych prób, odrzuciłem wszystko, w celu podniecenia czynności serca poleciłem strofantynę — i postanowiłem czekać.

Tymczasem wyłoniła się jeszcze jedna kombinacya, na co zostałem naprowadzony właśnie otyłością chorej, której to właściwości nie można było odnieść ani do dziedziczności, ani do błędów dyetetycznych. Pochodzenie płucne (jako *phthisis pinguis*) wobec prawie wyłączenia gruźlicy — odpadło. Mogła to być więc jeszcze otyłość tarczyczna (*thyreogene Fettleibigkeit*).

W bieżącem piśmiennictwie francuskiem spotykałem wzmianki o zapaleniach stawów pochodzenia tarczowego (*arthrite thyreogène*), co prawda podawanego w wątpliwość na równi z nieproduktywnem zapaleniem stawów, na tle intoksykacyi gruźliczej (Poncet).

Otóż otyłość mojej chorej, oraz bole przymostkowe, barku, stawu nadgarstkowego — skłoniły mnie do jeszcze jednej próby. Mianowicie poleciłem gruczoł tarczowy (*Gl. thyreoidea Merck*) à **0·1** 2—3 razy dnia. Skutek był niespodziewany. Na drugi dzień ciepłota opadła z 37·8° na 37·2°, na trzeci na 36·8, a na czwarty wobec znakomitego stanu (tętno 84) chora opuściła łóżko. Zaprzestałem podawać gruczoł, natomiast poleciłem co wieczór miesienie okolicy gruczołu tarczowego.

Od tego czasu (5. III. 1909) do połowy października b. r. chora czuła się znakomicie, chodziła na górskie wycieczki. nie odczuwając zmęczenia, szmer w sercu znikł, jak i inne opisane objawy.

W połowie jednak października b. r. po powrocie chorej do Lwowa, cierpienia nawróciły. Ciepłota 37·5°, przyspieszenie tętna, migreny, bole w stawach, osłabienie, apatya. Na zasadzie narady lekarskiej postanowiono zastosować poprzednie leczenie, które znów w przeciągu tygodnia odniosło zupełny skutek

Przypadek ten jeszcze i z tego względu jest ciekawy, iż prawdopodobnie mieliśmy tu »arthrite sèche thyreogène pure«, natomiast dotychczas opisywane przypadki mówią o »arthrite tuberculeuse à terrain strumeux« resp. »arthr. thyreogène à terrain tuberculeux«. W naszym przypadku badanie fizyczne, próby anafilaktyczne, wreszcie cały przebieg przemawiają przeciw gruźliczemu pochodzeniu tej sprawy, którąby należało określić jako *arthritis sicca thyreogenes febrilis*.

Piśmiennictwo. 1) Lévi et Rothschild: Etude sur la physiopathologie du corps thyroide et de l'hypophyse. 1908. — 2) Diamanthberger: Presse med. Nr 85. 1908. — 3) W. Vincent: Presse med. Nr 87, 1908. — 4) Levi et Rothschild: Sem. med. Nr 11. 1909.

Oceny i sprawozdania.

Dr Leon Wernic: **Zasady anatomii, fizyologii i higieny do użytku szkolnego.** Warszawa 1909, str. 216 z 175 rysunkami w tekscie. Wydawnictwo M. Arcta. Cena 1 rb.

Działalnością swoją na polu wydawnictw popularnych zdobyła sobie warszawska księgarnia M. Arcta oddawna dobre imię i uznanie. Wydany przez siebie szereg książeczek popularno-higienicznych uzupełnia obecnie ta firma dziełkiem o szerszym zakroju, podręcznikiem t. zw. somatologii, przeznaczonym dla szkół średnich. Potrzeba takiego podręcznika, odpowiadającego wymaganiom współczesnym, nie ulega wątpliwości, gdyż nieliczne istniejące podręczniki są przeważnie już przestarzałe. Autor obecnie wydanego podręcznika, Dr Leon Wernic, wywiązał się ze swego niełatwego zadania wogóle dobrze. W niewielkich ramach zdołał bowiem uwzględnić w równej mniej więcej mierze najgłówniejsze, uczniowi szkół średnich potrzebne wiadomości z anatomii, fizyologii i higieny, a podaje je w formie przystępnej. Opracowanie zaś takiej popularnej książki bywa nieraz trudniejsze, niż napisanie dzieła naukowego; wymaga bowiem szczególnej staranności w wyborze tego, co najgłówniejsze i w upraszczaniu materyału, obok prostego i zrozumiałego wykładu. Konieczność upraszczania nie zwalnia przytem od obowiązku ścisłości w tem, co się z całego materyału pozostawia i uczącemu się podaje. Tutaj jednak nie uniknął autor gdzieniegdzie usterek, które w następnem wydaniu dziełka trzebaby usunąć. I tak n. p. w kilku miejscach jest mowa o »tkance międzykomórkowej«. Objaśnienie ryc. 12 na str. 13 brzmi: »tkanka międzykomórkowa, zawierająca włókna, czyli włóknista, b — komórki tkanki międzykomórkowej« (?!), przyczem zauważyć należy, że rycina ta nie jest obrazem tkanki włóknistej (o którą zapewne chodziło), ale śluzowatej. Na str. 104 czytamy: »Podobnie, jak nabłonek lub tkanka łączna, krew i limfa są zwykłemi tkankami ciała. Różnica polega jedynie na tem, że są one tkankami płynnemi. Jak każda tkanka, składają się one z komórek i ich wydzielin« (?). Również byłoby pożądane, by w następnem wydaniu dziełka, w którem wogóle znać wyraźnie staranie o poprawne mianownictwo, sprostować niektóre nazwy (n. p. »kość pacierzowa» zam. kręgosłup, »atlas« zam. krąg szczytowy, »tętnica dwumózgowa« zam. szyjna) i poopuszczać niektóre, dodane niepotrzebnie, a nieraz nawet postawione na pierwszem miejscu (»deska piersiowa, albo mostek«, str. 25, dosłownie przetłómaczone z niemieckiego »Brustbrett«, »muskuły, czyli mięśnie« — str. 38, »mózg wielki«, Grosshirn, — str. 50, »gruczoł podżołądkowy, czyli trzustka« — str. 152). — Do zalet książki należą liczne (175) i dobre ryciny. *Z.*

Kalendarz lekarski na r. 1910. Wydawnictwo Dra J. Polaka. Warszawa, 1909.

Szerokiem uznaniem wśród lekarzy naszych pod zaborem rosyjskim cieszący się kalendarz lekarski Dra J. Polaka opuścił niedawno prasę. Oprócz starannie zestawionego schematyzmu lekarzy w Królestwie i zwykłych tablic podręcznych (najwyższe dawki leków, dawki wstrzykiwań podskórnych, dawki do wziewań, wdmuchiwań, wkraplań, przepisy kąpieli leczniczych, rozpuszczalność niektórych środków w wodzie, wyskoku i eterze, oznaczenie okresu ciąży, rozwój płodu, wyrzynanie się zębów, rozwój dziecka i t. d. i t. d.) zawiera kalendarz tegoroczny wskazówki ratowania pozornie zmarłych i otrutych, spis zdrojowisk i uzdrowisk w Europie, wreszcie zwięzły podręcznik terapeutyczny, uzupełniony dodatkiem, opartym na »Therap. Almanach« Becka z roku 1909. Kalendarz Dra Polaka może przeto treścią współzawodniczyć z wydawnictwami zagranicznemi i nie potrzebuje chyba szczególnego zalecenia, by znaleść się w ręku każdego z kolegów w tej dzielnicy, dla której potrzeb jest zastosowany. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Alb. Sippel. **Typowy obraz chorobowy późnej śmierci w następstwie uśpienia chloroformowego.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 1.). Wszystkie dotychczas opisane (12) przypadki śmierci, następującej w kilka dni po uśpieniu chloroformowem, do których autor dołącza własne spostrzeżenie, okazują zupełnie charakterystyczny i jednaki przebieg kliniczny, jakoteż obraz anatomiczny. U młodych stosunkowo osobników, które prócz cierpienia miejscowego, były zresztą zdrowe, i tak operacyę, jak i uśpienie, zniosły całkiem dobrze, występowały już w kilka godzin po operacyi zaburzenia w tętnie, przy prawidłowej ciepłocie i dobrym stanie ogólnym. Już w drugim dniu dołączają się silne wymioty, żółtaczka, znaczne zmniejszenie ilości moczu, zawierającego białko i liczne wałeczki, tętno miękkie, przyspieszone i zaburzenia przytomności aż do zupełnej jej utraty. W trzecim dniu przeważają objawy ze strony układu nerwowego, chorzy się rzucają i krzyczą; ilość moczu staje się coraz skąpsza. Śmierć występuje w śpiączce w 3. lub 4. dniu choroby wśród objawów zupełnego bezmoczu (żółcicy) i porażenia serca. Zmiany anatomiczne polegały we wszystkich przypadkach — jak przy zatruciu fosforem — na ciężkiem zwyrodnieniu tłuszczowem wątroby, nerek i serca. Co do przyczyny powyższych objawów, przypuszczają jedni, że chloroform, niszcząc wśród pewnych warunków krwinki czerwone i obniżając wskutek tego dowóz tlenu do ustroju, wywołuje zwyrodnienie tłuszczowe; inni, że chloroform wpływa szkodliwie na hemoglobinę, która tracąc zdolność przyjmowania tlenu, wywołuje zwyrodnienie, inni wreszcie, a także autor, że chloroform działa trująco wprost na komórki miąższowe. Bardzo wielu sądzi, że tu raczej chodzi o nacieki tłuszczowe, aniżeli o zwyrodnienie; według Rosenfelda, chloroform odciąga komórkom wątrobnym glikogen, potrzebny do spalania tłuszczu, wskutek czego tłuszcz ten gromadzi się w komórkach. Pytanie, wśród jakich warunków zatrucie to następuje? Ilość użytego chloroformu zdaje się tu nie odgrywać roli, a raczej chodzi może o różną zdolność krwi wchłaniania chloroformu w płucach, względnie o spóźnione wydzielanie go, tak, że w niektórych przypadkach dłużej krąży on w ustroju i w ten sposób może wywierać dłużej i silniej swój szkodliwy wpływ. Istotnie wykazał Burkhardt, że przez wlewania rozczynu soli kuchennej do ustroju krótko przed uśpieniem można znacznie zmniejszyć trujące działanie chloroformu; śmiertelne dla ustroju ilości wdychanego chloroformu znosi ustrój bez szkody, po poprzedniem rozcieńczeniu krwi, o ile wówczas i jej zdolność chłonna znacznie się zmniejsza; Burkhardt sądzi, że prócz tego wlewanie nie dopuszcza do zbytniego obniżenia ciśnienia krwi, wskutek czego i wydzielanie chloroformu przez narządy oddechowe odbywa się nieporównanie szybciej. Autor sądzi, że na tej drodze możnaby istotnie wytłómaczyć niektóre przypadki zatrucia chloroformem po uśpieniu, szczególnie te, w których powstało zagęszczenie krwi przed operacyą. Przypuszczenia te powinny być bodźcem do dalszych badań. Na razie pozwalają one na pewne wnioski praktyczne. I tak nie należy podawać zbyt silnych środków przeczyszczających przed operacyą celem uniknięcia zagęszczenia krwi. Natomiast dobrze jest podawać przed operacyą dostateczne ilości płynów, względnie wykonać zapobiegawczo wlewanie rozczynu soli, jużto przed operacyą, już śródotrzewnie zaraz po operacyi. Ze względu na znaczenie, jakie Rosenfeld przypisuje glikogenowi w sprawie spalania tłuszczów, należy podawać przed operacyą dużo węglowodanów. *E. Ehrenpreis.*

Hagen. **O ginekologicznem zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 33). Na tegorocznym Zjeździe chirurgów toczyła się dyskusya nad leczeniem zapalenia otrze-

wnej, powstałego na tle ginekologicznem. Rehn i Nötzel występowali za konsekwentnem leczeniem operacyjnem, natomiast Barth twierdził, że ginekologiczne zapalenie otrzewnej rzadko wymaga leczenia operacyjnego, a zwykle leczy się samo dobrze bez zabiegu. Podobne zdania wygłosili także Martin i Sellheim. H. na podstawie swego sześcioletniego obfitego doświadczenia, rozpatruje właśnie tę sprawę. T. zw. ginekologiczne zapalenie otrzewnej może mieć tło bardzo różne. W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy o zapaleniach, powstałych na tle n. p. zropień krwiaków, skręceń szypuły guzów lub torbieli i t. p. Przypadki te wymagają zwykle operacyi, bo chodzi tu także o usunięcie przy tem właściwego cierpienia. Dalej wspomnieć należy o zapaleniach, biorących początek z zakaźnych cierpień części rodnych kobiecych. Połogowe zapalenie otrzewnej zajmuje tu nieco odrębne stanowisko tak pod względem obrazu klinicznego, jak i drogi szerzenia się zakażenia. Zakażenie szerzy się tutaj albo (najczęściej) drogą limfy lub krwi, albo przechodzi na otrzewnę z macicy drogą jajowodów i jajników. Przy leczeniu zapalenia otrzewnej staramy się zawsze usunąć źródło zakażenia. W danym przypadku jest niem macica, usunięcie zaś macicy u osoby, osłabionej porodem i następową chorobą, nie jest zabiegiem obojętnym. Nie dziw też, że wielu wstrzymuje się wtedy wogóle od operacyi, uważając wypuszczenie ropy za zabieg nie wystarczający. Rokowanie w tych przypadkach jest wogóle smutne. Co do operowania zapalenia otrzewnej pochodzenia »przydatkowego« (Adnexperitonitis), to panują tutaj bardzo różne zapatrywania. Rehn i Nötzel twierdzą, że rokowanie w podobnych przypadkach nie jest wcale lepsze, niż przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. H. nie podziela tego zdania, zwłaszcza przyjmowanego szablonowo. Przedewszystkiem odróżnić tu należy przypadki, w których schorzenie przydatków istniało już dawniej, od takich, w których nagle świeże ropienie z jajowodów przechodzi na nieprzygotowaną otrzewnę. Przypadki te przebiegają ciężko i żywo przypominają zapalenie otrzewnej, biorące początek z wyrostka. Co do rokowania, to jest ono zwykle nawet gorsze, niż przy zapaleniu z wyrostka. Te przypadki wymagają bezwarunkowo operacyi. Już o wiele lepiej rokować możemy przy przebiciach do jamy brzusznej ropni jajnikowych lub większych ropniaków jajowodów, albowiem zwykle tutaj spotyka się już zrosty przygotowujące, natomiast nie jest słusznem zdanie, że ropa w razie dłuższego trwania sprawy bywa jałową. Wertheim w 41% swoich przypadkach wykazał w ropie żywotne drobnoustroje. Największa część przypadków zapalenia otrzewnej, wychodzącego z przydatków, przebiega jednak inaczej, mianowicie zakażenie przechodzi tutaj drogami chłonnemi na otrzewnę. Wprawdzie i tutaj spotykamy nieraz gwałtowne początkowe objawy, ale dalszy przebieg staje się łagodniejszym i różni się bardzo od zwykłego obrazu zapalenia otrzewnej. Zwykle nie spotykamy tu wysięku ropnego. Zapalenie to cechuje silne wzdęcie kiszek. Objawy ostre ustępują szybko. Najważniejszą rzeczą jest tu rozstrzygnięcie następującego pytania: Jeżeli te łagodniejsze postacie nie wymagają operacyi, to czy mamy pewne dane, aby te postacie rozpoznawać? Na szczęście rozpoznanie zwykle jest możebne. Przedewszystkiem brakuje tu typowego dla innych postaci zapalenia otrzewnej, wymagających operacyi, napięcia powłok brzusznych, przyczem spotykamy bardzo silne wzdęcie jelit, jako wyraz chemicznego podrażnienia zakończeń nerwowych w ich ścianie. Przy innych postaciach wzdęcie to występuje zwykle znacznie później, już jako wyraz ogólnego zakażenia. Tu zaś wzdęcie występuje zaraz z początku wśród zupełnie dobrego stanu ogólnego. Mimo wysokiej ciepłoty i silnych miejscowych objawów, tętno bywa tylko trochę szybsze, ale zupełnie dobre. Zwykle choroba, przebiegająca na tle wiewióra, bierze początek w czasie regularności, co także ułatwia rozpoznanie. Nie wynika z tego, by w podobnych przypadkach zawsze z góry wyłączać możliwość operacyi. Gdzie są jakie wątpliwości rozpoznawcze, lepiej zawczasu chwycić za nóż, niż potem za późno czynić sobie wyrzuty. *A.*

Dermatologia.

Schattmann. **Leczenie wiewióra szyjki macicznej ssawką.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907, T. 88). — Leyberg. *Idem* (1909, T. 96). Kiedy wszystkie próby leczenia wiewióra szyjki macicznej, trwające 3½ mies., zawiodły, postanowił autor leczyć chorą zapomocą ssawki Biera. Leczenie przeprowadzano w ten sposób, iż zakładano ssawkę przez ¾ g co 5 minut, robiąc 3-minutowe przerwy, następnie oczyszczano ujście macicy 10% protargolem i zakładano tampony z 10% rozczynu protargolu w glicerynie. Po 6 dniach takiego postępowania dwoinek Neissera w wydzielinie nie znaleziono, a po 36 dniach chorą jako zupełnie wyleczoną wypuszczono. Przy tem leczeniu chora nigdy bólów nie odczuwała. — Na podstawie całego szeregu przypadków wiewióra szyjki macicznej, leczonych ssawką Biera (1—2 godzin dziennie co 20 minut, 5 minut przerwy) z następowem wstrzykiwaniem zapomocą strzykawki Brauna lub Guyona 5% protargolu do wnętrza szyjki lub wycieraniem jej 5% argentaminą i zakładaniem tamponów 10% rozczynu ichtyolu w glicerynie, dochodzi L. do następujących wniosków: samo leczenie ssawką Biera do celu nie wiedzie, leczenie kombinowane środkami przeciwwiewiórowymi daje wyniki doskonałe w stosunkowo krótkim czasie. *Dr H. L. Weber.*

Eichhorn. **W sprawie wiewióra odbytnicy.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1909, T. XVI., Z. 7). Badania autora miały na celu stwierdzenie, jak często to powikłanie pojawia się przy wiewiórze narządu moczowo-płciowego. Wydzielinę do badania wydobywano zapomocą wziernika, posługując się bądź pętlą platynową, bądź też łyżeczką. Oprócz badania drobnowidowego stosowano szczepienie wydzieliny na pożywki agarowe z dodatkiem surowicy z obrzęków lub z wodniaka jądra. Mimo trudności, na jakie napotyka się przy uzyskaniu hodowli dwoinek z wydzieliny błony śluzowej odbytnicy, poleca autor w tych przypadkach, w których zachodzi podejrzenie przeniesienia zakażenia na odbytnicę, stosować ten sposób badania, dający niejednokrotnie odrazu właściwe rozpoznanie. Jeżeli (przy leczeniu) wydzielina nie zawiera już dwoinek, uzupełnia autor badanie zapomocą endoskopu. Posługując się tym przyrządem, znalazł E. w kilku przypadkach płaskie owrzodzenia, nie mające żadnych odrębnych cech. W kilku innych przypadkach badanie wykazało bądź tylko powierzchowne nadżerki lub punktowate wybroczyny, bądź też pasmowate lub kłaczkowate nagromadzenia wydzieliny ropiasto-krwawej, przylegającej do błony śluzowej. Co do przyczyn powikłania wiewióra narządu moczowo-płciowego wiewiórem odbytnicy, to E. przyjmuje podobnie, jak i inni, że za przyczynę należy uważać przedewszystkiem spływanie wydzieliny po kroczu; następnie zakażenie może być przeniesione przy obmywaniu i obcieraniu po oddaniu stolca. Jako dalsze przyczyny wchodzą w rachubę przebicia do odbytnicy zropiałych gruczołów Bartholiniego, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Mniej często ma przyczynowe znaczenie nienaturalne spółkowanie. Podmiotowe objawy cierpienia są zwykle bardzo nieznaczne i występują w postaci niestale pojawiającego się parcia. W rzadkich tylko przypadkach o ostrym przebiegu występują silniejsze dolegliwości, utrudniające oddawanie stolca. Rokowanie w kierunku wyzdrowienia jest według spostrzeżeń autora w większości przypadków niepomyślne, albowiem badania, wykonywane u chorych, zgłaszających się po ukończeniu leczenia, prawie zawsze wykazywały obecność dwoinek wiewiórowych, a po dłuższym lub krótszym czasie występowały nawroty choroby. W leczeniu uważa autor za najwięcej wskazane stosowanie przetworów srebrowych w postaci przepłukiwania lub czopków.

Spostrzeżenia swoje streszcza autor w następujących wnioskach: Wiewiór odbytnicy u kobiet należy do częstych powikłań, występujących według statystyki autora, obejmującej 235 chorych, w 30% przypadków wiewióra narządu moczowo-płciowego. Powikłanie to zjawia się równie często u prostytutek, jak i u innych kobiet. Za przedmiotowe objawy cierpienia oprócz stwierdzenia dwoinek należy uważać wydzielinę ropną, obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej, natomiast przerosłe fałdy w odbycie i inne zmiany, jak wyprysk w otoczeniu odbytu, wygładzenie fałdów, zwiotczenie zwieracza odbytu, nie mają żadnego w tym kierunku znaczenia. *Stopczański.*

Papée. **Kiła u prostytutek we Lwowie.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1908, T. 89). Na 382 badanych, w policyi zapisanych dziewcząt, zakażonych jadem kiłowym było 81%. Okazywało zmiany wczesne (chociaż blisko ⅓ chorowała dłużej, aniżeli 3 lata) 46·0%. 56% zakaziło się w pierwszych dwu latach swego zawodu, a 25% zanim było policyjnie nadzorowanych. W okresie pierwszych 3 lat swej choroby 37% miało niżej lat 20, 42% niżej 25, a wyżej 20 lat. Wśród dziewcząt oddających się prostytucyi tajnej, odsetek kiłą zakażonych był bardzo niewiele mniejszy. *Dr H. L. Weber.*

Welander. **Leczenie kiły atoksylem.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1908, T. 89). Atoksyl, wstrzyknięty podskórnie, opuszcza ustrój w przeważnej części w pierwszych 24 godzinach, w następnej dobie zostaje wydalony już w bardzo nieznacznych ilościach. Co się tyczy dróg, któremi atoksyl zostaje wydalany, to najważniejszą rolę odgrywają nerki, które wydalają około

60% w pierwszych 24 godzinach po wstrzyknięciu; z kałem odchodzi około 0·07%, pot i inne wydaliny nie były badane. Atoksyl jako środek przeciwkiłowy nie może zastąpić rtęci i jodu. Na ustąpienie zmian kiłowych przy podawaniu atoksylu trzeba dłużej czekać, a nawroty występują zwykle dość wcześnie.

Dr H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 6 października 1909 r.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonnenberg.

1. Kol. Przedborski: **Przypadek porażenia opuszkowego z porażeniem przeważnie jąder ruchowych, n. błędnego, dodatkowego, gardłowo-językowego i twarzowego.** Przypadek ten dotyczy 36-letniego mężczyzny, który w dniu, kiedy go prelegent po raz pierwszy widział, sprawiał wrażenie ciężko chorego. Chory skarżył się na ogólne osłabienie i gwałtowne bóle przy próbach połykania pokarmów. Ciepłota ciała od 3 dni podniesiona, tętno przyspieszone. Badanie wykazało: niemożność połykania, zniesioną wrażliwość błony śluzowej gardła, język nieruchomy, mowę o zabarwieniu nosowem. Nagłośnia była opuszczona ku dołowi. Obustronne porażenie mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych. Błona śluzowa krtani zupełnie niewrażliwa. Podczas badania dwukrotnie występowały napady duszności i kaszlu. Na 6. dzień choroby umieszczono chorego w szpitalu. Tu napady duszności stawały się częstsze i groźniejsze, wobec czego dokonano tracheotomii. Wkrótce ciepłota opadła, tętno zwolniało (do 50 na minutę). Podczas pobytu w szpitalu rozwinął się obraz zaniku działalności prawie wszystkich mięśni ruchowych krtani, zaopatrzonych w gałązki ruchowe obu nerwów krtaniowych dolnych. Głos utracił chory zupełnie. W 22 dniu trwania choroby chory zmarł w szpitalu. Sekcya ze względów rytualnych nie została dokonana. W ostatnich dnia życia stwierdzono porażenie prawego nerwu twarzowego. Prelegent zaznacza, jako rzecz godną uwagi, że podczas całego przebiegu cierpienia nerw podjęzykowy porażeniu nie uległ, że również nie uwydatniły się żadne zmiany, z wyjątkiem przytoczonych, w ogólnym ustroju nerwowym. Ze względu na to, że przebieg i objawy kliniczne tego przypadku przedstawiają poważne trudności ze stanowiska rozpoznawczego, poświęcił prelegent sprawie rozpoznania kilka uwag krytycznych. Po rozważeniu objawów, które towarzyszą ostrej, udarowatej postaci porażenia opuszkowego, oraz rzekomego ostrego porażenia opuszkowego i po wyłączeniu tych postaci chorobowych, doszedł prelegent do przeświadczenia, że w omawianym przypadku chodziło o swoiste, nader ostro powstałe cierpienie opuszkowe, które w stosunkowo krótkim czasie uszkodziło jądra ruchowe nerwu błędnego, dodatkowego, gardłowo-językowego i twarzowego prawego. Prelegent przypisuje jedynie tylko bardzo szybkiemu przebiegowi cierpienia fakt, że nie zdołały rozwinąć się zmiany zanikowe w mięśniach ruchowych n. twarzowego.

2. Dyskusya: Kol. Sterling zapytuje prelegenta, czy objawy porażenia opuszkowego nie były tylko częścią objawów chorobowych, prelegent bowiem nic nie mówił o stanie innych układów, prócz jednego odcinka dróg oddechowych. Kol. S. nie widzi dowodów, by chwila, kiedy lekarz chorego widział po raz pierwszy, mogła być zarazem chwilą powstania choroby (z gorączką). Objawy zapalne w gardle mogły powstać na znieczulonej i w odżywianiu już upośledzonej błonie śluzowej. Kol. S. nie rozumie, dlaczego choremu z ostrymi objawami (gorączka) podawano jodek potasu; żaden z przypuszczalnych czynników etyologicznych nie upoważniał do tego w gorączkowym i — jak sądzono — w początkowym okresie choroby (str. własne).

Kol. Grabowski zwraca uwagę na stopniowy rozwój porażenia w n. zwrotnym i następnie późniejsze zjawienie się porażenia n. twarzowego. Ta stopniowość rozwoju porażenia przemawia przeciw udarowi (krwotokowi) i zatorowi, raczej przemawia za zakrzepem. Zakrzepy, jak wiadomo, często występują przy zakaźnych cierpieniach gorączkowych (dur, grypa i t. d.). Kol. S. zapytuje się, czy chory, który miał gorączkę, był badany w tym kierunku, czy miał powiększoną śledzionę? itd.

Kol. Goldberg zauważył, że ponieważ między jądrem n. błędnego i twarzowego znajdują się jądra nerwów: odwodzącego i słuchowego, które nie uległy porażeniu, należałoby wobec tego przyjąć nowy wylew krwawy, a nie szerzenie się zmian, które wywołał stary wylew. Dalej kol. G. zauważył, że o porażeniu nagłośni mowy nie było, błona zaś śluzowa gardła była znieczulona, wskutek czego trudno pojąć krztuszenie się chorego. Wreszcie kol. S. zwrócił uwagę na to, że mięśnie gładkie przewodu pokarmowego otrzymują unerwienie od splotów współczulnych. (Streszczenie własne).

Kol. Hartman zauważył, że był pierwszym lekarzem, udzielającym pomocy choremu, o którym mówił prelegent. Kol. H. już podczas pierwszego badania stwierdził u chorego objawy ostrego zakaźnego cierpienia gardła. Na kol. H. cierpienie sprawiło wrażenie różycowego zapalenia gardła lub też ropowicy gardła. — W dyskusyi prócz wymienionych kolegów przemawiali koledzy: Rundo, Pinkus, Trenkner.

Prelegent, opierając się na twierdzeniu kol. Hartmana, na którym przypadek sprawił wrażenie ostrego zakaźnego cierpienia gardła, wypowiedział przypuszczenie, że przypadek ten pozostawał najprawdopodobniej w związku przyczynowym z jedną z ostrych chorób zakaźnych. Prelegent dodał, że, jakkolwiek fakt zaznaczony niezupełnie usuwa wątpliwości, nie mniej do pewnego stopnia wyjaśnia ciemną etyologię tego przypadku.

3. Kol. Perlis pokazał **wyrostki robaczkowe** 3 chorych, u których wykonano operacyę wczesną. Jeden przypadek dotyczy 27-let. mężczyzny, chorego od 4 godzin, drugi 40-letn. kobiety, chorej od 50 godzin, trzeci 17-let. chłopca, chorego od 40 godzin. Przebieg pooperacyjny dobry. W przypadkach pierwszym i trzecim zastosowano wczesne wstawanie według Kümmla.

4. Kol. Grabowski przedstawił **nowotwór nerki,** usuniętej przez laparotomię.

5. W dyskusyi w sprawie **wszesnego wstawania po operacyi** przemawiali Koledzy Krusche i Goldman. W dyskusyi zauważono, że metoda wczesnego wstawania ma wprawdzie zwolenników, lecz wielu przeciwników (Koertner, Eiselsberg). Kol. Krusche i Goldman zabierali również głos w sprawie przedstawionego przez kol. Grabowskiego nowotworu nerki.

6. Przeczytano odezwę Komitetu I-go Zjazdu Neurologów, Psychiatrów i Psychologów polskich w Warszawie, zapraszającą Tow. Lek. Łódzkie do wysłania delegata na wymieniony Zjazd. Uchwalono zaproponować koledze Pańskiemu, aby na Zjeździe reprezentował nasze Towarzystwo.

E. Sonnenberg.

Sekcya pedyatryczna Towarzystwa lekarskiego łódzkiego.

Sprawozdanie za rok 1908/9.

W roku 1908/9 wyczerpała sekcya ułożony na ten rok program prac, poświęcając 10 posiedzeń na wykłady następujące:

1) A. Trenknerowa i A. Tomaszewski. Przebieg i leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci. 2) W. Jasiński i H. Goldberg. O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. 3) Wł. Schoenaich i L. Przedborski. Wyrośle adenoidalne, — wpływ na ustrój i wskazania operacyjne. 4) J. Brudziński i J. Perlis. Intubacya i tracheotomia. 5) Z. Prechner i M. Silberstrom. Przymiot dziedziczny w świetle najnowszych badań. 6) T. Mogilnicki i A. Maszlanka. Najnowsze badania w sprawie żywienia niemowląt. 7) S. Rotwand. O gruźlicy wrodzonej i drogach zakażenia gruźliczego. 8) H. Rozenblatówna. Nowe badania z dziedziny bakteryologii błonicy. — Oprócz tego odczytano w lutym 1909 nadesłaną sekcyi pracę Starkiewicza »Przyczynek do zakażeń mieszanych w stanach zapalnych gardła«.

Oprócz posiedzeń odczytowych, odbyły się w roku 1908/9 3 posiedzenia kliniczne (w szpitalu Anny-Maryi)), na których przedstawiono następujące przypadki chorobowe ze szpitala Anny-Maryi i z miasta (Nr 10, 25).

a) J. Brudziński. 1) Obrzęk śluzowaty, leczony od lat 3 tyreoidyną. 2) Obrzęk śluzowaty u 16-letniej dziewczynki, bardzo zacofanej w rozwoju. 3) Przewlekłe zakażenie po zakażeniu mieszanem (odra + płonica). 4) Mongołowatość u 2-letniego dziecka, u którego stwierdzono objaw karkowy. *b)* W. Jasiński. 5) Zapalenie włóknikowe płuc z objawami mózgowymi. 6) Dur brzuszny o przebiegu niezwykłym. 7) Brodawczaki krtani. 8) Gruźlicze owrzodzenie na łuku podniebiennym i migdałku. 9) Choroba Littlea. *c)* A. Goldman. 10) Peritonitis purulenta, po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego; operacya z zejściem pomyślnem. *d)* S. Mogilnicki. 11) Spasmus nutans u 7-mie-

sięcznego dziecka. 12) Poodrowe zapalenie oskrzeli z zejściem pomyślnem. 13) Ropniak opłucny z odmą po włóknikowem zapaleniu płuc. *e)* S. Rotwein. 14) Choroba Tay-Sachsa. 15) Pląsawica o ciężkim przebiegu z zejściem śmiertelnem. 16) Rozszerzenie oskrzeli. *f)* H. Rozenblatówna. 17) Ostre obłąkanie po przejściu duru brzusznego u 10-letniej dziewczynki. 18) Nietypowa mikromelia (z rentgenogramami). *g)* A. Tomaszewski. 19) Przepuklina pachwinowa, wyleczona przez operacyę doszczętną u 7-tygodniowego dziecka. 20) Gruźlica nerki u 9-letniej dziewczynki. 21) Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; wczesna operacya. 22) Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, operowane po przedziurawieniu wyrostka z zejściem pomyślnem, 23) Macroglossa u 2-letniego chłopca, operowana. *h)* Trenknerowa-Zieleniewska. 24) Pląsawica o ciężkim przebiegu z wybitną poprawą po wstrzyknięciach arszeniku. 25) Zapalenie mózgu (*encephalitis*) po odrze u 6-letniego dziecka z następnym bezwładem ogólnym i zniedołężnieniem umysłowem. *i)* A. Pański. 26) Hysteria magna u 12-letniego chłopca.

Na jednem z posiedzeń klinicznych omówił W. Schoenaich przypadek prawdziwych i rzekomych nawrotów płonicy, oraz przypadki popłoniczego zapalenia gardła. Wreszcie na posiedzeniach klinicznych przedstawiano preparaty anatomo-patologiczne z sekcyi (J. Brudziński, W. Jasiński, H. Rozenblatówna) i po operacyi (Goldman, Perlis, Tomaszewski), preparaty drobnowidowe (Rozenblatówna) i rentgenogramy (Rozenblatówna, Goldman).

Sekretarz: *Wacław Jasiński.* Przewodniczący: *J. Brudziński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 20. maja 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 18.

1) T. Cichocki: **Przyczynek do nauki o chorobie Adams-Stockesa.**

W dyskusyi zaznacza Hoffman, iż wpływy nerwowe nie mogą wywołać objawów t. zw. »Herzblok«. Łążyński jest zdania, że właściwie w zbiorze objawów Adams-Stockesa należy rozróżniać dwie choroby, jedną, Adams-Stockesa w ścisłem tego słowa znaczeniu, drugą — chorobę Morgagniego, zależną od wpływów nerwowych bądź ośrodkowych, bądź obwodowych. Cichocki zgadza się ze zdaniem obydwu mowców.

2) J. Makowski przedstawia **śluzówkę pęcherza moczowego, wydaloną w całości** przy zgorzelinowem jej zapaleniu. Śluzówka odeszła w 2 tygodnie po dokonanej operacyi cięcia nadłonowego.

W dyskusyi przytacza Reize przypadek z praktyki z całkowitą prawie zgorzelą błony śluzowej, wywołaną wstrzyknięciem jakiegoś żrącego płynu do pęcherza przez pomyłkę. Modrzewski zapytuje, jakiego rodzaju były dwoinki, znalezione w moczu chorego. Makowski odpowiada, że barwiły się metodą Grama. Pietkiewicz przypuszcza, że w omawianym przypadku pierwsze krwawienie u chorego było prawdopodobnie skutkiem pęknięcia żylaka błony śluzowej pęcherza, co nie jest zjawiskiem zbyt rzadkiem.

Posiedzenie z d. 16 września 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 28.

1) A. Januszkiewicz: **Sprawozdanie z pierwszego Zjazdu internistów polskich w Krakowie.**

2) S. Trzebiński: **O problemacie psycho-fizycznym.** Dyskusyi nie było.

Posiedzenie z d. 7. października 1909 r.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 30.

1) St. Nowaczek: **Słowo o Duninie.** Prelegent w pięknej, a gorącej przemowie kreśli niepospolitą postać znakomitego polskiego uczonego i niestrudzonego działacza na niwie społecznej i podkreśla, jaką niepowetowaną stratę poniosła nauka polska i polskie społeczeństwo przez zgon przedwczesny ś. p. Dunina.

Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

2) M. Pietkiewicz: **Dziesięć przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.**

W dyskusyi prosi Sochacki prelegenta o bliższe wyjaśnienie, w jaki sposób na zakażenie t. zw. współczulne drugiej nerki wpływa połączenie żylne podprzeponowe zapomocą kanału żylnego, odkrytego przez francuskich autorów Albarrana i Cathelina? Zwraca dalej uwagę na bardzo ciekawy, a mający według niego doniosłe znaczenie przypadek, spostrzegany przez prelegenta, w którym wycięta nerka okazała się anatomicznie nie zmienioną, a tymczasem sprawa gruźlicza w pęcherzu znacznie się polepszyła. Być może, iż wycięcie zdrowej na oko nerki, nawet gdyby ona nie wydzielała prątków gruźliczych, w jakiś nieznany nam dotychczas sposób wpływa na ustępowanie sprawy w pęcherzu, a mianowicie okolicy ujścia odpowiedniego moczowodu. Wreszcie przytacza mowca przypadek gruźlicy pęcherza moczowego, leczony tuberkuliną z dobrym wynikiem. Reize przypomina również 10 przypadków gruźlicy nerek, z powodzeniem leczonych tuberkuliną w klinice Caspra. Sągajło stara się wytłomaczyć opisany przez prelegenta przypadek z wycięciem zdrowej na oko nerki, a chorym pęcherzem, tem, że sprawą gruźlicza była usadowiona w dolnym odcinku moczowodu. Zapytuje przytem, czy były przypadki, w których wszystkie okresy choroby nie dawały podwyższenia ciepłoty. Makowski sądzi, że początek schorzenia drugiej nerki nie tylko nie jest przeciwwskazaniem do usunięcia nerki gruźliczej, ale nawet jest wskazaniem do tego zabiegu. W praktyce chirurgicznej zauważył, że wogóle po usunięciu jakiegoś jednego ogniska gruźliczego przygasa sprawa w innych miejscach, jeżeli istniała gruźlica wieloogniskowa. Waryński utrzymuje, że w trzecim i czwartym okresie gruźlicy pęcherza przy skrzętnem badaniu ciepłoty, zawsze zauważymy jej podwyższenie.

W końcu wywiązała się ożywiona dyskusya o stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy. W dyskusyi tej przemawiali Januszkiewicz, Trzebiński, Nowaczek, Łowieniecki, Rumszewicz, Sochacki, Sągajło, Żebrowski i Modrzewski.

Sekretarz: *M. Łążyński.*

IV. międzynarodowy Zjazd prasy lekarskiej w Peszcie.

Zajęty przygotowaniem wykładów dla międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, nie miałem niestety sposobności w czasie trwania Zjazdu prasy opisać przebieg tego Zjazdu, któremu co do czasu przyznano pierwszeństwo przed międzynarodowym lekarskim turniejem, by snać członków Zjazdu prasowego nie krępować w braniu udziału w dalszych zajęciach fachowych. Później inne zajęcia przeszkodziły mi w spełnieniu obowiązku delegata. Sądzę, że sprawa nie straciła na swej aktualności przez to mimowolne spóźnienie. — Dla niebardzo licznych członków Zjazdu prasy otworzyła dn. 27. VIII. podwoje w pięknym swym przybytku węgierska Akademia Umiejętności. Posiedzenie zagaił w obecności sekretarza stanu p. Molnara i radcy minister. p. Totha (z min. oświaty) prezes Związku prasowego węgierskiego Prof. Lenhossek, witając gości i podnosząc, że pierwsze węgierskie czasopismo lekarskie powstało w roku 1831 (Orvosi-tár), a w r. 1857 drugie pismo (Orvosi-hetilap). Od tego czasu drukuje się 30 rozmaitych czasopism lekarskich, pomiędzy temi jednak jest wiele popularnych. Lubo pisma węgierskie mogą mieć tylko znaczenie miejscowe i zadanie, by ziomków pouczać o postępie naukowym, to jednak Węgrzy chętnie popierają cele międzynarodowe i, utworzywszy Związek prasy lekarskiej, przystępują do międzynarodowego Związku prasy.

Po Molnarze, który witał gości w imieniu ministra oświaty Apponyiego, dziękował Koloman Müller, prezydent XVI. Zjazdu lekarskiego, za pomoc, udzielaną stale przez prasę w przygotowaniu za dni kilka mającego się odbyć Zjazdu; poczem w imieniu Związku prasy międzynar. dziękował sekretarz Blondel z Paryża, a następnie wskazał na już prawie zdrożny wzrost ilości pism i stąd powstającą trudność zoryentowania się w tem, co ma wartość rzeczywistą. Trudność tę wzmaga jeszcze różnojęzyczność pism, a każdy naród ma prawo pisać w swym języku: »avec le réveil des nationalités et de l'ésprit de race qui s'affirme au travers des groupements artificiels crées par la politique«. Mowca wnosi wreszcie, by zawczasu tej trudności zapobiedz, a służyć wyłącznie nauce. Na podstawie tego wniosku wszystkie pisma, należące do Związku międzynar. prasy, miałyby przyjąć od 1. I. 1910 zasadę, by do **każdej pracy oryginalnej dodawać streszczenie** w języku francuskim, angielskim lub niemieckim, jeżeli praca napisana została w innym, aniżeli jeden z tych trzech języków. Streszczenia takiego dostarczyć powinien autor, albo gdy sam tłomaczenia dokonać nie może, redakcya ma się tem zająć. — Referent wyraża nadzieję, że później, gdy publikowanie takich streszczeń się rozpowszechni, Związek przyjmie na siebie ich zbieranie w jedno dzieło. — Dość nużąca dyskusya nad tym tematem wykazywała trudność zobowiązania redakcyi do takiego postępowania. — Włoch Zicaretti, który żądał, by do tych urzędowych języków doliczono

i włoski, twierdził, że tak już postępuje pismo przez niego wydawane, a Wicherkiewicz zwrócił na to uwagę, iż komitet lekarski słowiański postanowił wydawać w języku francuskim czasopismo, któreby wyłącznie zawierało streszczenia prac słowiańskich. Analogicznie możnaby rozciągnąć myśl wnioskodawcy na wszystkie pisma, byleby streszczenia były ograniczone do kilku wierszy. Do uchwały żadnej nie przyszło.

William Dowson z Londynu proponuje, aby odstąpić od dotychczasowego **sposobu urządzania międzynarodowych Zjazdów,** sposobu, który sprawia, że narodowe komitety poszczególnych państw przygotowują materyał, i radzi utworzyć stałą komisyę z płatnym sekretarzem; ta komisya przyjęłaby główną pracę komitetu lokalnego, a referent podaje jednocześnie skład takiej komisyi i jej czynności. Wedle tej propozycyi komisyę tworzyliby: delegaci komitetów narodowych w liczbie 37, jeneralni sekretarze sekcyjni Zjazdu poprzedniego 20, prezydent Zjazdu 1, jener. sekretarz tegoż 1, sekretarzy jener. poprzednich Zjazdu 4, nadto prezydent, sekretarz i skarbnik Związku prasy, czyli razem 66 osób. — Po krótkiej dyskusyi zgromadzenie przychyliło się do tego poglądu. Jener. sekretarz Dr Déjace z Brukseli podniósł potrzebę **ochrony powagi prasy lekarskiej,** zagrożonej przez używanie prasy lekarskiej w celach reklamy osobistej, a także przez rozpowszechnianie się bezpłatnych pism lekarskich, które służą reklamie bezwartościowych leków. Pisma te wyzyskują tylko publiczność, a szkodzą powadze zawodu lekarskiego. Bardzo ożywioną na ten temat debatę zrodziło głównie pytanie, kiedy artykuł treści lekarskiej przybiera znamię reklamy. Redaktor pisma »The Lancet« domaga się imieniem swego komitetu, by dla ochrony publiczności przed artykułami reklamowymi zawiązał się ścisły stosunek pomiędzy piszącymi, a redaktorami pism lekarskich.

Nazajutrz, t. j. 28 sierpnia rano Dr Blondel przedłożył sprawozdanie nieobecnych członków, a gdy referenci narodowych i lokalnych Związków zdawali **sprawozdanie z organizacyi prasy,** podpisany sprawozdawca, zastępujący Związek polskiej prasy, a także upoważniony do zastępowania czeskiego, podniósł, iż tak polska, jak i czeska prasa nietylko oddawna istnieje, ale posiada prawie dla wszystkich gałęzi umiejętności lekarskiej czasopisma specyalne. Polska prasa, dziś już posiadająca znaczną liczbę pism fachowych, utworzyła Związek, który do Związku międzynarodowego przystąpienie swe zgłosił.

Podjęto na nowo dyskusyę **w sprawie reklamy,** przyczem Dr Jaffe z Hamburga poleca, by dla wykluczenia autorów artykułów reklamowych założyć czarną listę, jak to podobno w Niemczech już się stało. — Dr Grün z Wiednia mniema, że prasa polityczna potrzebuje anonsów przemysłu chemicznego i dlatego nie może ich nie przyjmować. — Dr Grünfeld z Odessy domaga się, by redakcye pism lekarskich prowadziły ścisłą kontrolę nad anonsami.

W końcu Zjazd zgodził się na wniosek Blondela, by przyjąć ustawę, którаby zabraniała przedruku prac oryginalnych i nadużywania takich artykułów do celów reklamy. Również postanowiono zaprowadzić czarną listę lekarzy, którzy systematycznie zajmują się pisaniem artykułów reklamowych.

Po tych debatach odbyło się jeszcze posiedzenie ściśle stałego Wydziału z delegatami, który przeprowadził wybory funkcyonaryuszy.

Prezydentem wybrany został Lucas Championnière, wiceprezydentami L. Déjace i Michał Lenhossek, a jener. sekretarzem Raoul Blondel.

Przyszły Zjazd prasy odbędzie się we wrześniu 1910 w Brukseli. *B. Wicherkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lekarskich w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. 1909.

(Dokończenie).

Zastanawiono się także nad życzeniami organizacyi lekarzy wiedeńskich, którzy przez swego prezesa Skorschebana te życzenia przedstawili w następujących punktach: 1) Granica dochodowa 2400 K. 2) Odłączenie ubezpieczenia przymusowego od dobrowolnego, które nie powinno dawać prawa do leczenia bezpłatnego. Gdyby się to jednak nie dało przeprowadzić ze względów techniczno-prawnych, w takim razie żąda się, by i dla tego ubezpieczenia dozwolona była granica majątkowa nie wyższa nad 2400 K. 3) Ubezpieczenia rodzin powinny być zaprowadzone tylko na podstawie wolnego wyboru lekarzy, i to tylko tam, gdzie odpowiednie czynniki, t. j. władze polityczne, pracodawcy, kasy i lekarze na nie się godzą, a to z powodu, iż warunki na wsi i w miastach są różne. 4) Ponieważ według projektu ustawy o ubezpieczeniu kasy są zobowiązane do wydawania orzeczeń (parere), przeto trzeba upewnić się, by lekarzy za nie wynagradzano.

Dyskusya trwała 4 godziny i jeszcze nazajutrz, t. j. 24/XI rano sporo zajęła czasu. Wogóle jednak objawiała się jednomyślność w tym kierunku, że od projektu rządowego, który odpowiada najmniejszej stawce naszych żądań, odstąpić nie można i że trzeba wyczerpać wszystkie środki obrony naszego stanowiska w parlamencie, a ponieważ widoki są słabe wobec podkładu politycznego, który może zaważyć w ukształtowaniu tego prawa, przeto, nie oglądając się na nic, trzeba się organizować wszędzie, względnie pomódz do większej siły organizacyom niedostatecznie rozwijającym się, by stanąć do walki w zwartym a silnym szeregu.

Przybyły na zgromadzenie Dr Michl, poseł do parlamentu, pokrótce omawiał usposobienie komisyi parlamentarnej. Na wniosek Dra Lederera postanowiono gremialnie udać się do parlamentu, by tu z wybitniejszymi członkami komisyi pomówić i starać się ich przekonać, iż d e l e g a c i o r g a n i z a c y i l e k a r s k i c h w s z y s t k i c h k r a j ó w k o r o n n y c h ż ą d a j ą t e g o s a m e g o. Ten akt, niestety, wyznać to należy, trochę niezręcznie aranżowany, odbył się w kuloarach parlamentu, tak sobie na ochotnika. Nie było jednolitego wystąpienia, tylko omawiano grupami, jak się one właśnie przypadkowo ukształtowały. Głównie przewodniczący komisyi tej, prof. Buzek, odpowiadał na interpelacye i dawał wyjaśnienia na pytania, z rozmaitych stron stawiane, a wynikało z danych wyjaśnień, iż usposobienie dla nas jest niekorzystne; chodzi, zdaje się, o jakąś szacherkę polityczną, za którą my mamy płacić. Prof. Buzek dziwił się pretensyom lekarzy wobec tego, iż dotychczas żadnej granicy majątkowej nie było, na co zauważyłem, iż to była właśnie niesprawiedliwość, przed którą nowe prawo powinno nas zabezpieczyć. Rozmawiałem także z jednym z posłów z Tyrolu, który sądził nawet, że granica 2400 K. jest jeszcze zbyt wysoka, a sądził to ze stosunków swego kraju, gdzie chłop, mający 2400 K. dochodu, uchodzi za zamożnego. To samo powiedziećby można, — zauważyłem na to, — i o naszych stosunkach. Tak trwała pogadanka przeszło godzinę, przystępowali najrozmaitsi posłowie do deputacyi naszej, jedni przysłuchiwali się, inni, jak Stransky, bronili zacięcie przeciwnego nam stanowiska, gdy dźwięk dzwonka w kuloarach, ponownie powołując posłów na rozpoczynającą się znowu rozprawę w tym krytycznym dla parlamentu dniu, położył koniec naszym, nie bardzo sympatycznym, ale, jak sądzę, niezupełnie bezowocnym zabiegom.

W dalszym ciągu zgromadzenia długi dosyć referat złożył Dr Gruss **o projekcie prawa karnego.** Powołując się częściowo na broszurkę »Die Anzeigepflicht des Arztes nach § 359 des oester. Strafgesetzes«, wydaną przez siebie w r. 1904, podnosi Dr G. ze swego obecnego nowego referatu, mającego wyjść drukiem, tylko najważniejsze szczegóły, z których niech mi wolno będzie kilka przytoczyć. Na wstępie podnosi, że wobec tego, czego prawo wymaga od lekarza, powinien lekarz mieć i korzyści urzędnika, a nietylko obowiązki. Wedle § 335 lekarz zobowiązany jest udać się do chorego na wezwanie w razie ciężkiej choroby i skaleczenia, a gdy tego nie uczyni, będzie karany, chociażby stąd dla chorego nie wynikła żadna szkoda, lecz tylko była możliwą. Spędzenie płodu jest karane i słusznie, lecz jeżeli nastąpiło ono z litości, a nie dla zysku, powinny, zdaniem referenta, okoliczności łagodzące karę obniżyć. Władza administracyjna może w pewnych razach odebrać lekarzowi czasowo lub na zawsze prawo praktykowania (Gewerbeerlaubniss). Tu słusznie referent zauważa, iż »stoimy na wulkanie«. Prawo domaga się ewent. powtórzenia wszystkich egzaminów, chociażby lekarz w przewinieniu objawił był niezdolność w pewnej tylko gałęzi umiejętności lekarskiej. Inaczej z sędzią. Gdy on zasądzi niesłusznie obwinionego, nic mu się nie stanie, albo, gdy w jakim dziale sądownictwa okaże się niezdolnym, dostaje posadę w innym, a nikt nie pyta, czy nie zapomniał potrzebnych do tego wiadomości. Prawo karze osoby, które zaniechały niesienia pomocy w nagłych przypadkach, czy cięższych obrażeniach ciała. Lekarz powinien nieść pomoc, nawet w przypadkach lekkiego zachorowania, czy zranienia. W Niemczech

sprawy takie pozostawia się Izbom lekarskim do dochodzenia i ukarania, i to słusznie, bo te korporacye mogą osądzić, o ile lekarz przy tem zawinił. — Paragraf dotyczący dręczenia zwierząt, który wejść ma w dawnej osnowie do ustawy, znowu jest niebezpieczny dla lekarzy. Dorożkarz, powiada referent, który bije konia, nie zostaje pociągany do odpowiedzialności, ale lekarz, lub n. p. profesor fizyologii i t. d., wykonywający doświadczenia, byłby tutaj poddany surowemu postępowaniu. — Paragraf o partactwie przechodzi również w dawnej formie do nowej ustawy, która partactwo bardzo oględnie traktuje. Dlatego żądać trzeba takiego brzmienia: »Kto, jako lekarz, czy położnik sprawuje jakie czynności, nie posiadając dyplomu krajowego lub nostryfikowanego, będzie karany więzieniem, a w razie powtarzania się winy wydaleniem z granic państwa«. — Inny znów paragraf postanawia, iż kto z osobą ciężarną między 6—10. miesiącem utrzymuje stosunki, może w razie danym być oskarżony o ojcowstwo. Tu otwiera się szerokie pole do szantażu.— Po krótkiej dyskusyi uchwalono nad wnioskami referenta przeprowadzić rozprawę na przyszłem zebraniu delegatów.

W sprawie opodatkowania lekarzy referuje Dr Pick. Do podatku z praktyki pociąga władza podatkowa także dochody stałe z kas lub innych zakładów, co nie jest dopuszczalne. Tu trzeba i władzy zwrócić uwagę na niesłuszność postępowania, i opodatkowanych pouczać, a władzy nadto wykazać, że dochody z kas chorych zmniejszają się coraz więcej. Władza podatkowa nie powinna powodować się w ocenie pozorami. Lekarz musi na zewnątrz występować lepiej, aniżeli to odpowiada jego dochodom (lepsze mieszkanie, w lepszej dzielnicy, więcej służby, dbałość o przyzwoitą powierzchowność). Do komisyi podatkowych powinno należeć więcej lekarzy.

W sprawie unormowania stosunku między lekarzami państw ościennych referują Dr Koralewski i Pick. — Sprawa dotyczy wykonywania praktyki przez lekarzy sąsiednich państw na wypadek bojkotów i t. d. Węgrzy nie posiadają Izb lekarskich, ale prawie wszyscy lekarze (bo na 5400—4800) należą do organizacyi. W tej organizacyi jest bardzo wielu profesorów, co właśnie tym organizacyom nadaje i więcej powagi i siły, bo i młodzi idą chętnie za przykładem przewodników. — Związek państwowy winien wejść w układ z lipskim Związkiem lekarskim, aby w pasie granicznym ustanowiono taryfy i nikomu nie było wolno licytować *in minus*.

Sprawa **opodatkowania wód mineralnych,** przedstawiona przez ref. Dra Grüna, zajęła tylko chwil kilka. Niesłusznie zrobiono sztuczny podział między wodami mineralnemi stołowemi, a leczniczemi, bo i wody lecznicze często są stołowemi, a stołowe leczniczemi. — Opodatkowanie wód tych w każdym razie stoi w sprzeczności z popieraniem higieny ogólnej, gdyż utrudnia stosowanie wód mineralnych tam, gdzie woda zwyczajna do picia jest niewłaściwa, bo zdrowiu szkodząca.

Dalej omawiano raz jeszcze, rozbierane obszerniej na zeszłorocznem zebraniu, **ustawy o chorobach zakaźnych i o zdrowotności** (Reichsseuchengesetz i Reichssanitätsgesetz) (ref. Dr Grün). Wykonywanie szczepienia krowianką powinno być ściśle w ustawie, jako obowiązkowe, oznaczone. Obowiązek zgłoszenia choroby zakaźnej nie powinien się rozciągać na kilka osób, bo stąd łatwo powstać mogą pomyłki pod względem rozpoznawania choroby. — § 21 opiewa, że odkażanie pomieszkania przemysłowców nastąpić powinno przez rozporządzenie inspektora przemysłowego. Do tego powinien lekarz mieć prawo, bo inspektora często niema itd., a zwłoka szkodę przynieść może. — Lekarze cywilni zatrudnieni w razach epidemii, powinni mieć przyznane pobory urzędników VII. rangi, chociażby urzędnikami nie byli.

W sprawie techników dentystycznych referuje Dr Skorscheban, podnosząc skuteczne jednomyślne wystąpienie wszystkich organizacyi, popierających protest lekarzy wiedeńskich w d. 12. czerwca przeciw referatowi Dra Heilingera w sprawie wydania pewnych gałęzi dentystyki w ręce osób do tego nieuprawnionych; specyalnie dziękuje referent organizacyi krakowskiej za energiczne poparcie akcyi. — Gdyby dopuszczono do zrównania techników z dentystami, to niezadługo wystąpiliby i masażyści, i golarze, i bandażyści, jak wogóle wszyscy, którzy w jakimkolwiek do medycyny stoją stosunku, z podobnemi pretensyami, szkodzącemi powadze stanu lekarskiego.

W sprawie regulaminu dla bojkotu i ostrzeżeń referuje pokrótce prezes Dr Gruss, podnosząc, iż pokazały się w praktyce rozmaite niedomagania, i dlatego regulamin, wygotowany na podstawie statystyki kazuistycznej, będzie organizacyom swego czasu rozesłany do zaopiniowania.

Co do wyzysku lekarzy kolejowych przez dyrekcyę kolei południowej, która, jak wiadomo, chciała lekarzy kolejowych zobowiązać także do leczenia bezpłatnego rodzin urzędników, to wskutek interwencyi prezydyum Związku dyrekcya kolei cofnęła rozporządzenie, a że zwróciła przytem i na to uwagę, iż to samo czyni kolej państwowa i północno-zachodnia, przeto przeciw tym dyrekcyom te same poczyni się kroki.

W sprawie reorganizacyi Najwyższej Rady zdrowia referuje Dr Grün, przemawiając za tem, by przy wyborze do składu tej Rady uwzględniano więcej, niż dotychczas, lekarzy praktykujących, a delegat galicyjski, dawszy pogląd na stosunki galicyjskie, gdzie pierwotnie tylko 2 było członków Najwyższej Rady, obecnie zaś wskutek interwencyi Koła Polskiego jest 6, podnosi, iż stosunek jeszcze nie odpowiada liczbie ludności, lekarzy i terytoryalnemu obszarowi, i dlatego wnosi: Zebranie delegatów upoważnia prezydyum Związku do poczynienia odpowiednich kroków, by poszczególne kraje koronne w sposób słuszny pod względem liczebnym w Najwyższej Radzie zdrowia były uwzględnione. Dr Hellbig imieniem czeskiej organizacyi przyłącza się do tego wniosku.

Wiedeńska organizacya przez swego delegata poruszyła **sprawę ściągania należytości.** Delegat galicyjski zwrócił uwagę na to, iż organizacya galicyjska posiada taki dział, doskonale funkcyonujący, nie uważa jednak za właściwe nad tem się rozwodzić, gdyż sprawa ta nie należy przed forum Związku państwowego i wnosi, by ją pominięto przy obradach obecnych.

Kilka innych pomniejszych spraw również odłożono do następnego Zjazdu.

Gdy przewodniczący podziękowaniem, do wszystkich obecnych zwróconem zamknął posiedzenie, zabrał głos na zakończenie podpisany, podnosząc zgodne i jednomyślne, a tak skutecznie prowadzone rozprawy, do czego się przyczyniły doskonale opracowane referaty i znakomite przewodnictwo. Dziękuje więc w imieniu zgromadzonych i referentom i przewodniczącemu, a dołącza prośbę, by wszystkie tezy, jakie stawiano, czemprędzej pojedynczym organizacyom przesłano w odbitkach, jako podkład do dalszej akcyi. *B. Wicherkiewicz.*

Do komitetów Najwyższej Rady Zdrowia proponuje ministerstwo wedle »Tygodnika lek.« (Nr 48) następujących członków z Galicyi: 1) Sprawy ogólne — Prof. Kostanecki, 2) zaopatrzenie w wodę — Dr Walczyński, 3) służba sanitarna z wyjątkiem aptek — Prof. Łazarski, 4) wykształcenie i obsada służby sanitarnej rządowej — Prof. Łukasiewicz, 5) sprawy aptekarskie i 6) środki lekarskie — Prof. Łazarski, 7) choroby zakaźne — Prof. Łukasiewicz, 8) ochrona młodzieży i higiena szkolna — Dr Sielski, 9) zakłady lecznicze i humanitarne — Prof. Łukasiewicz i dyr. Starzewski, 10) higiena więzień — dyr. Starzewski, 11) postępowanie ze zwłokami i 12) statystyka sanitarna — Prof. Kostanecki. Galicya nie miałaby zaś przedstawicieli przy sprawach: 1) higieny budynków i mieszkań, 2) higieny przemysłu, 3) środków żywności, 4) opieki nad obłąkanymi, 5) zdrojowisk i uzdrowisk, 6) prymaryatów. *R.*

W sprawie ubezpieczenia społecznego wystąpił przeciw postulatom lekarzy galicyjski Związek kas chorych, uchwalając 5. XII. b. r. i wysyłając do komisyi ubezpieczenia społecznego następującą rezolucyę: »Zgromadzenie protestuje przeciw opinii, wyrażonej podczas ankiety, zwołanej przez komisyę parlamentarną dla ubezpieczenia społecznego przez eksperta z Galicyi w sprawie ustanowienia granicy płacy dla ubezpieczonych na wypadek choroby, albowiem zgromadzenie na podstawie znajomości stosunków wśród tej kategoryi ubezpieczonych i na podstawie znajomości woli tych ubezpieczonych uważa postawienie jakiejkolwiek granicy poborów, tak co do obowiązku ubezpieczenia, jak i świadczeń, za sprzeczne z intencyami ubezpieczonych w kasach chorych«. *R.*

Szkołę dozorczyń otwiera Wydział krajowy, jak donosi »Tygodnik lek.« (Nr 48) w szpitalu krajowym lwowskim z Nowym Rokiem 1910, przeznaczając na nią rocznie 2000 kor. Zorganizowaniem szkoły, na razie przeznaczonej wyłącznie dla SS. Miłosierdzia (które na zasadzie nowej umowy z Wydziałem kraj. są obowiązane odbyć kurs pielęgnowania chorych) zajmuje się dyrektor szpitala Dr Starzewski na zasadzie studyów, poczynionych zagranicą z ramienia Wydziału kraj. — Nie dociekając, gdzie i kiedy sprawę tę podniesiono po raz pierwszy, co jest rzeczą uboczną, należy z radością powitać spełnienie się jednego z najpilniejszych postulatów naszego szpitalnictwa na razie we Lwowie, a — miejmy nadzieję — z czasem i w Krakowie i większych szpitalach prowincyonalnych, *R.*

Państwowy urząd nadzoru mleka (Reichsmilchamt),

z radą przyboczną, złożoną z lekarzy, weterynarzy, rolników i chemików powstać ma w Niemczech, aby czuwać nad zaopatrzeniem wielkich miast w dobre mleko. *Z.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca października 1909	478,947	290,494
W listopadzie 1909	400	7,700
Razem .	479,347	298,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. XI. do 4. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Dobromil (Żohatyn 2), Jarosław (Radymno 7), Kałusz (Dołżka 3), Stryj (Dzieduszyce wielkie 7), Zborów (Jezierzanka 4). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. XI. do 27. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 5 (w tem obcych 2 † 3). płonicy 30 † 2 (3 † —), odry 217 † 3 (2 † —), duru brzusznego 1, *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. XI. do 4. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 4 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 2 † 2, płonicy 12 † 1 (6 † 1), odry 2, duru brzusznego 4 † — (3 † —), czerwonki 2 (2). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. XI. do 20. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 32 † 5, odry 8, płonicy 12 † 3, błonicy 1 † —, róży 13 † 1, duru brzusznego 18 † 1, duru osutkowego 5, duru powrotnego 1, grypy 9. (*Gaz. lek.* Nr 49).

Śmiertelność w Warszawie w r. 1908 wynosiła 19·48 na tysiąc mieszkańców; największa była w marcu, lipcu i styczniu, najmniejsza we wrześniu, maju i kwietniu; największa z zapalenia płuc, gruźlicy i nieżytu jelit.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dowiadujemy się, iż Dr Feliks Sielski ze Lwowa, członek Najwyższej Rady Zdrowia, nie mógł być obecny na pierwszem posiedzeniu Rady w Wiedniu, gdyż znajdował się podówczas na statku »Thalia«, odbywającym podróż naukowo-lekarską do Egiptu. Statek ten wypłynął z Tryestu 4. listopada, kiedy jeszcze nie były ogłoszone powołania do Najwyższej Rady Zdrowia, ani nie był naznaczony dzień pierwszego posiedzenia Rady w Wiedniu.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Leopold Stanisław Welecki, rodem z Rzeszowa.

— Rada nadzorcza Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie, udzielając krakowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą subwencyi 200 kor., poleciła zarazem, na wniosek JE. Antoniego hr. Wodzickiego, dyrekcyi Towarzystwa zastanowić się nad sposobem, w jakiby można walkę z gruźlicą wydatnie poprzeć, np. podejmując z okazyi blizkiego jubileuszu Towarzystwa akcyę na wzór Towarzystw amerykańskich, budujących sanatorya i t. p. W dyskusyi podniósł m. i. Dr Lipowski fakt, że 30—35% wszystkich wypadków śmierci wśród ubezpieczonych w Towarzystwie stanowi gruźlica.

— W austryackiem Towarzystwie okrętowem »Austro-Americana« w Tryeście wakują posady lekarzy okrętowych, na które poszukiwani są także Polacy. Informacyi udziela agencya Towarzystwa p. f. Goldlust i Sp., Kraków, Lubicz 7.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył posiedzenia w d. 3. i 14. XI. 1909. Na pierwszem z nich uchwalono na podstawie referatu Dra Mikołajskiego w sprawie organizacyi lekarzy po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi na wniosek referenta rezolucyę, która ma być przesłana »Krajowemu Związkowi lekarzy« i Izbie lek. zachodnio-galicyjskiej, odczytano postulaty Związku lekarzy okręgowych w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej i uchwalono przesłać je Namiestnictwu i Wydziałowi kraj., zatwierdzono taryfę lekarską w Skolem i uchwalono wezwać i inne miasta do ułożenia taryfy, wreszcie załatwiono 2 sprawy honorowe. — W d. 14. XI. zaś wydelegowano wiceprezydenta Dra Papée na ankietę w sprawie ubezpieczenia społecznego i uchwalono przyznać delegatom Izby w razie wyjazdu koszta podróży I. klasą i 20 kor. dyety.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4. XII. b. r. sprawą oddziałów zakaźnych w szpitalach, sprawą planów szpitala w Tarnowie, rekursem od orzeczenia Izby lekarskiej w sprawie Dra N. i kilku drobniejszemi sprawami.

— »Koło medyków wszechnicy lwowskiej« liczyło w roku 1908/9 141 członków zwyczajnych, 14 wspierających i miało 3925·39 kor. dochodu, 3194·92 rozchodów, a 356·22 kor. kapitału żelaznego. Oprócz wiecu w sprawie potrzeb Wydziału lek., urządziło »Koło« 3 odczyty i kursa samarytańskie dla pań. Z biblioteki, która zwiększyła się o 169 tomów, wypożyczono dzieł (podręczników) 492.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie odbyło w r. z. 32 posiedzenia, na których przedstawiono 75 rozpraw; z tych posiedzeń przypada na Wydział matematyczno-przyrodniczy 9. Do Towarzystwa należy 86 członków.

— W Ojcowie stwierdzono w 2 źródłach wysoką zawartość kwasu węglowego.

— W Łodzi została otwarta wystawa przeciwalkoholiczna.

— Sprawa wodociągów w Łodzi zbliża się ku urzeczywistnieniu. 3. XII. b. r. zebrała się miejska komisya wodociągowa (po raz pierwszy z udziałem zaproszonych lekarzy i inżynierów) i uchwaliła powierzyć inż. Lindleyowi wypracowanie kosztorysów.

— 1. XII. ukończyło Pogotowie ratunkowe w Łodzi dziesięciolecie swej działalności.

— Termin nadsyłania życiorysów do »Słownika lekarzy polskich«, przygotowywanego przez Redakcyę »Medycyny i Kroniki lek.« (Warszawa, Niecała 7) upływa 1. stycznia 1910.

Z różnych stron. XI. Zjazd im. Pirogowa został odłożony na kwiecień 1910.

— Komisya sanitarna parlamentu austr. wybrała prezesem swym Dra Adlera z Wiednia, a wiceprezesem Dra Dietziusa z Jarosławia.

Mianowani: Dr Jarosiewicz lekarzem kolejowym w Stanisławowie;

Dr Houwink profesorem dermatologii w Amsterdamie, Doc. Muratow profesorem neurologii w Tomsku, Doc. Szkarin profesorem pedyatryi w Akademii wojsk.-lek. w Petersburgu.

Zmarli: lekarz-dentysta Henryk Arnstein we Włocławku w 55 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. grudnia 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1910. 2) Dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza: »Etyologia raka«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol. Dr Bresciani w Arco. (Wiener klin. Rundschau, 1909. Nr 40). Wykonanie ciężkich zabiegów operacyjnych, do jakich należy stworzenie sztucznej odmy piersiowej według metody Forlaniniego w Pawii i leczenie następowe po takich zabiegach, wymaga, aby płuca znajdowały się w możliwie najlepszych warunkach żywotności. Obok szeregu czynników fizycznych przypada ważna rola działaniu leczniczemu. Leczenie ma tu dwojakie zadanie: uwolnić płuca dokładnie z wydzieliny i zapobiegać osłabieniu czynności serca. Pomiędzy środkami w tym wypadku w grę wchodzącymi uważa B. pyrenol za najodpowiedniejszy, a to z powodu, że środek ten posiada, jak żaden inny, własność łagodzenia kaszlu, bez działania narkotycznego. Działanie to osiąga przez rozrzedzenie wydzieliny i zarazem przez jej zmniejszenie. Pyrenol zatem przewyższa, zdaniem B., jako środek wykrztuśny, zarówno wymiotnicę, krzyżownicę i jodek potasu, jak z drugiej strony apomorfinę, morfinę i t. d. Znana własność skrzepiania serca działa pomocniczo przy cierpieniach płuc. *Hr. W.*